

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910 — N° 93

LES
KYSTES PRIMITIFS
DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René GUÉRAIN

Ex-Interne de l'Hôpital général de Dijon.

Né à Bourges, le 27 décembre 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1910

LES KYSTES PRIMITIFS

DU GRAND ÉPIPLOON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 93

LES
KYSTES PRIMITIFS
DU GRAND ÉPIPLOON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René GUÉRAIN

Ex-Interne de l'Hôpital général de Dijon.

Né à Bourges, le 27 décembre 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique.		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie.	REGAUD.	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC.	MM. COMMANDEUR.	MM. MARTIN (EL.)	MM. BRETIN. ch...
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT. Ch.
CHATIN.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
VILLARD.	PATEL.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LEPINE.	LATARJET, ch	
REGAUD.	LESIEUR.	BERIEL, ch..	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. POLLOSSON, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. LAROYENNE et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

*Témoignage de respectueuse
affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE
L'HOPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, qu'il nous soit permis de remercier tous les maîtres dévoués qui ont contribué à notre instruction médicale.

Nous ne saurions trop assurer de notre respectueuse reconnaissance M. le professeur Deroye, directeur de l'Ecole de médecine, et M. le professeur Broussolle, chirurgien de l'hôpital. Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de leur enseignement clair et pratique, empreint d'une profonde expérience.

Nous sommes redevable de beaucoup également à M. le D^r Breton, qui dirigea nos premiers pas dans l'art de guérir, à MM. les docteurs Dubard et Petitjean, dont les cliniques savantes et attrayantes nous ont toujours charmé, enfin, à tous nos maîtres de l'Ecole de médecine et de l'hôpital de Dijon : MM. les docteurs Parizot, Perrin, Baron, Zipfel, Lucien, Michaud, Collette, Abrand, Tassin, Ferry, Lamouche et Longin.

Nous remercions spécialement M. le D^r Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale, qui, après nous avoir fourni le sujet de cette thèse, a bien voulu nous

en faciliter le travail, en nous guidant de ses conseils et en nous consacrant de nombreux instants.

M. le professeur Auguste Pollosson nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous le prions d'agréer l'expression de nos remerciements et de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Au cours d'une laparotomie pour kyste de l'ovaire, chez une femme de 55 ans, M. le D^r G. Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale, rencontra au lieu du kyste ovarique diagnostiqué, un kyste du grand épiploon, dont il fit l'ablation. Les ovaires étaient d'ailleurs sains. La malade guérit parfaitement.

En présence de la rareté de ce cas, il était intéressant de rechercher dans la littérature médicale si d'autres exemples analogues avaient été publiés.

M. le D^r Leclerc voulut bien nous proposer d'effectuer ce travail, et d'en faire le sujet de notre thèse. Nous lui en serons toujours très reconnaissant.

A la suite de nos recherches, nous avons pu nous convaincre, contrairement à notre impression première, que les kystes du grand épiploon n'étaient pas absolument exceptionnels. Nous avons pu réunir 37 observations.

A l'aide des renseignements qu'elles nous ont fournis, nous essaierons de dégager les caractères principaux de cette affection et d'en tracer l'allure clinique.

DÉFINITION

Le grand épiploon peut être le siège de productions kystiques diverses dont certaines seules nous intéresseront. Il nous faut donc indiquer, au début de cette étude, les limites que nous croyons devoir lui assigner, et définir ainsi ce que nous étudierons sous le nom de kystes du grand épiploon.

Nous éliminerons tout d'abord les formations kystiques secondaires, généralisations épiploïques d'une tumeur primitive, qui est presque toujours abdominale. Sans doute, les tumeurs secondaires de l'épiploon sont, en général, des tumeurs solides, cependant, la forme kystique n'est pas impossible à priori. Nous l'éliminons en tout cas de notre sujet.

Nous ne parlerons pas non plus des kystes hydatiques. Ils représentent en effet une affection de nature déterminée, parasitaire, dont la localisation exclusive au grand épiploon est d'ailleurs fort rare.

Ce que nous aurons donc en vue dans cette description, ce sont les *formations kystiques non parasitaires intéressant primitivement et électivement le grand épiploon*. Ces kystes sont quelquefois désignés par les auteurs sous le nom de « kystes simples », « kystes séreux » du grand épiploon,

La nature de ces formations kystiques apparaît d'ailleurs comme très différente, suivant les cas. Dans un premier ordre de faits, nous trouvons des kystes véritables, formant des tumeurs pourvues d'une paroi propre et renfermant un contenu liquide; en second lieu, nous rencontrons des néoplasies kystiques, qui présentent à côté d'une partie kystique une autre partie solide, mais celle-ci toujours assez réduite pour que l'élément « kyste » soit notablement prépondérant; enfin, reste un certain nombre de cas, de nature indéterminée, relevant peut-être d'un processus inflammatoire, et qui comprennent des kystes sans paroi propre; il s'agit alors de collections liquides enkystées dans le grand épiploon et limitées par l'écartement de ses feuilletts.

Pour être complet, nous devons ajouter que les kystes dermoïdes constituent un quatrième et dernier groupe, rentrant dans le cadre de notre sujet. Mais leur étude ne saurait nous arrêter longtemps, car leur extrême rareté et l'indigence des renseignements qui les concernent ne permettent de leur accorder qu'une brève mention. Nous nous bornerons donc à rapporter au chapitre des observations les quelques indications que nous avons pu recueillir à leur sujet.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette division secondaire des kystes du grand épiploon. Nous la retrouverons d'ailleurs, avec les détails qu'elle comporte, au chapitre de l'anatomie pathologique, et il nous suffit pour le moment d'avoir ainsi précisé le but de notre étude.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La rareté relative des kystes du grand épiploon et les difficultés dont leur diagnostic est entouré expliquent sans doute le peu d'intérêt qu'on a attaché jusqu'à présent à leur étude. En dehors des observations éparses dans la littérature française ou étrangère, on ne trouve guère de vue d'ensemble qui les concerne. Aussi, cet historique ne peut-il former qu'un chapitre assez court.

La première observation française est très probablement celle de Simon, publiée en 1858, dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*. Elle est particulièrement intéressante, parce qu'elle montre « qu'après bien des hésitations et une confusion de la tumeur avec une rétention d'urine, le diagnostic par exclusion de kyste du grand épiploon fut soupçonné. (C. Bichon, thèse de Toulouse.)

Plusieurs années se passent ensuite sans apporter de fait nouveau. Mais en 1873, Péan avait l'occasion d'enlever chez une femme de 40 ans un kyste hématique du grand épiploon « offrant, dit-il, une grande analogie avec les kystes sanguins de l'ovaire ». Dans son ouvrage paru en 1880 (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*), il cite cette observation personnelle,

rappelle celle de Simon, et donne les symptômes cliniques des kystes du grand épiploon, en même temps qu'il étudie d'une manière plus générale ceux des tumeurs de cet organe.

Signalons, quelques années plus tard, le travail de C. Audry, sur les « Tumeurs de l'épiploon » (*Lyon médical*, 1889). L'auteur y consacre quelques lignes à ce qu'il appelle les « tumeurs kystiques » non hydatiques.

La symptomatologie est reprise à nouveau par Tillaux (*Traité de chirurgie clinique*, 1891), qui insiste plus spécialement sur les données de la percussion, et sur les renseignements utiles qu'elle peut fournir au point de vue du diagnostic différentiel, avec les autres tumeurs de l'abdomen.

Par la suite, quelques observations isolées sont rapportées dans la littérature française, entre autres celle de Marfan (*Presse médicale*, 1896). Mais elles sont toujours en fort petit nombre.

Il en est de même pour la littérature allemande. Aussi, ne mentionnerons-nous ici que le nom de Schramm, dont l'observation assez particulière est accompagnée de quelques considérations intéressantes (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1903).

Au contraire, dans la littérature anglo-américaine, les observations étaient plus nombreuses et devaient forcément finir par attirer l'attention. Bien souvent, les auteurs qui les rapportent ont fait quelques recherches à propos de leur cas personnel, et à mesure qu'on se rapproche d'une époque plus voisine de la nôtre, on voit se dégager quelques essais intéressants. Ils aboutissent finalement aux deux mémoires les plus importants : ceux de Fort et de Hasbrouck,

Fort (*Annals of Surgery*, 1907) a fait des recherches minutieuses, et pense avoir réuni la presque totalité des cas observés, c'est-à-dire 22, en y comprenant le sien. Il mentionne très rapidement quelques-uns de ces cas, et cite l'opinion des auteurs qui les ont rapportés. Puis il étudie les symptômes, rappelle les principaux signes déjà donnés par Péan et termine par un essai de diagnostic différentiel. L'article du chirurgien américain Hasbrouck (*Annals of Surgery*, 1908) reproduit dans ses grandes lignes celui de Fort, mais avec plus de développements et un nombre plus élevé d'observations. D'autre part — et c'est là le mérite principal de ce travail — l'auteur fait une distinction intéressante entre les véritables kystes du grand épiploon, kystes intra-épiploïques, et ceux rattachés à l'épiploon par un pédicule. Il est vrai qu'il ne s'occupe guère de cette dernière variété et qu'il admet à tort comme en faisant partie certains cas douteux ou même à rejeter franchement.

Avec le travail de Hasbrouck, nous sommes arrivés à la période actuelle, et nous ne trouvons plus à signaler ensuite que quelques observations, dont trois seront citées plus loin.

En somme, ni en France ni à l'étranger, il n'existe à notre connaissance de travail d'ensemble sur les kystes du grand épiploon. Les traités classiques de chirurgie n'envisagent pas la question.

Parmi les thèses assez nombreuses parues sur les tumeurs du péritoine : thèses de Rouiller (Paris, 1885), Camus (Paris, 1892), Lavocat (Paris, 1892), Bichon (Toulouse, 1896), E. Bonamy (Paris, 1907), quelques-unes signalent parfois des cas isolés de kystes du grand épi-

ploon, mais aucune ne décrit isolément l'affection qui nous occupe. Dans le Nouveau Traité de médecine (1909), MM. E. Dupré et P. Ribière, étudiant le cancer primitif du péritoine, ne parlent pas des kystes. Au paragraphe « tumeurs bénignes du péritoine », ils consacrent aux kystes quelques lignes, mais dans cette étude sommaire, ceux-ci sont décrits en même temps que les kystes du mésentère et que les autres tumeurs solides de l'épiploon et du mésentère.

CHAPITRE II

Étiologie.

A la lecture des observations, ce qui frappe tout d'abord, c'est la prédominance des kystes du grand épiploon chez la femme et leur grande fréquence chez l'enfant.

Au sujet de la prédominance chez la femme, les différentes statistiques s'accordent toutes. Fort donne une proportion de 75 p. 100, Hasbrouck de 69 p. 100. Nous avons trouvé 70 p. 100. C'est donc là un fait très net, mais que nous devons nous borner à constater, car l'explication nous en échappe entièrement.

En ce qui concerne la fréquence chez l'enfant, nous la trouvons signalée d'abord par Fort, qui donne même une proportion notablement plus élevée que celle résultant de nos recherches. D'après lui, d'après Hasbrouck également 50 p. 100 des cas se rencontreraient avant l'âge de 10 ans. Si nous nous reportons à nos observations, nous en trouvons 11 sur 37 ayant trait à des enfants au-dessous de 10 ans. En ajoutant à ce nombre, et pour la simplicité de la division, le cas d'un enfant de 11 ans, nous voyons que la proportion en faveur de l'enfance est de 33 p. 100, c'est-à-dire sensiblement inférieure à celle indiquée par les auteurs précédents.

Il n'en est pas moins vrai que la fréquence signalée

est réelle. Fort en avait conclu que les kystes de l'épiploon sont très souvent d'origine congénitale, et c'est là une opinion qui paraît justifiée dans une certaine mesure et pour les enfants. Elle s'appuie d'ailleurs sur cette constatation, notée dans plusieurs observations, que le ventre du petit malade avait toujours été gros (obs. IX, XIII, XV), ou bien qu'il avait commencé à se développer dès les premiers temps après la naissance (obs. XIX, XXII, XXV, XXVI), ce qui permet de supposer que l'augmentation de volume était d'abord trop faible pour attirer l'attention.

En dehors de cette origine congénitale, admissible pour un certain nombre de cas, on ne peut émettre, au sujet de l'étiologie des kystes de l'épiploon, que des hypothèses plus ou moins vraisemblables.

Peut-être pourrait-on invoquer parfois une cause inflammatoire, comme le veut Schramm pour le petit malade qu'il a observé ? Par suite d'un processus inflammatoire, « l'exsudat en voie de formation séparerait les feuillets non accolés du grand épiploon et occasionnerait la néoformation kystique ». C'est en effet la seule explication que l'on puisse donner dans les cas peu fréquents où la formation kystique est dépourvue de paroi propre.

Peut-être également, le traumatisme vient-il jouer un rôle dans quelques cas ? C'est à son influence qu'on a généralement attribué la formation des kystes hématiques. « La plupart des kystes hématiques, nous dit Rouiller, reconnaissent pour cause le traumatisme. » (Thèse de Paris, 1885.) Dans le Nouveau Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, au volume consacré aux maladies du péri-

toine, nous lisons ce qui suit : « Les kystes hématiques sont, le plus souvent, d'origine traumatique. Ce ne sont alors, en somme, que des hématomes péritonéaux enkystés. L'abondance relativement minime de l'hémorragie, la fixation du sang épanché dans les mailles de l'épiploon expliquent l'enkystement complet et précoce. » En fait, les kystes hématiques reconnaissant une telle origine (hématomes enkystés) sont exceptionnels. Ils existent pour le mésentère. Mais pour le grand épiploon, les observations en sont rares : nous ne voyons guère que le cas bien spécial de Cotman (obs. XX) et peut-être ceux de Gooding et de Hasbrouck (obs. VIII et XXVII), qui puissent être interprétés dans ce sens.

A vrai dire, les kystes de l'épiploon ont souvent un contenu hématique, mais ils ne reconnaissent pas du tout la pathogénie précédente.

Ce sont, en effet, des néoplasmes dont le contenu est devenu hématique par suite d'hémorragies survenues secondairement dans la poche kystique. La grande vascularisation de ces tumeurs, en rapport probable avec la grande vascularisation de l'épiploon lui-même nous explique facilement que des vaisseaux viennent à se rompre au cours du développement du kyste et déversent leur contenu dans sa cavité. Or, dans ces cas, le traumatisme lorsqu'il existe peut avoir déterminé l'hémorragie, mais il n'a qu'une influence discutable sur la formation de la néoplasie elle-même. De fait, il s'en faut de beaucoup que le traumatisme soit toujours noté dans ces cas.

Certains kystes séro-hématiques peuvent reconnaître comme pathogénie des coudures, torsions, ou constriction, du grand épiploon gênant la circulation dans cet

organe et produisant l'exsudation d'une sérosité sanguinolente dans l'intérieur de ses mailles. L'observation suivante de Dujarier, publiée dans le *Journal de chirurgie*, t. III, 1909, fait prendre sur le vif la pathogénie de certaines de ces collections.

« J'ai eu l'occasion d'observer un kyste épiploïque au sujet duquel j'avais porté le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, chez une malade ayant une hernie gauche irréductible. A l'ouverture du ventre, je trouvai une collection liquide, du volume d'une tête d'enfant, située à l'intérieur du grand épiploon. L'épiploon, fixé dans la hernie, avait adhéré au niveau de ses deux bords et il s'était produit une double torsion : l'une au niveau du collet de la hernie, l'autre près du côlon transverse; le segment intermédiaire de l'épiploon était dilaté par un épanchement liquide, de coloration hématique, dû aux troubles circulatoires consécutifs à la torsion. Je pus extirper sans l'ouvrir cette collection liquide et pratiquer la cure radicale de la hernie inguinale par voie intrapéritonéale. La malade guérit sans accidents. »

Pour nous résumer, nous dirons qu'un processus inflammatoire — rarement — le traumatisme — exceptionnellement — peuvent expliquer quelques cas de kystes de l'épiploon. Dans l'ensemble, ceux-ci ne forment qu'une minorité. La grande majorité des kystes de l'épiploon sont des *néoplasmes*, quelquefois congénitaux, ordinairement acquis. Leur étiologie nous est complètement inconnue, et il n'y a rien là qui doive surprendre, car nous touchons à l'étiologie mystérieuse des tumeurs.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

« Un kyste véritable de l'épiploon est un kyste développé à l'intérieur de cet organe. Entièrement situé dans ses replis, il ne lui est extérieur en aucune manière. Un kyste dérivant de l'épiploon par un pédicule, ou rattaché à lui d'une façon telle qu'il en soit clairement originaire, est évidemment un kyste épiploïque, mais d'un type entièrement différent de celui qui sert de sujet à cet article. En fait, personne jusqu'à présent ne semble avoir fait cette distinction, qui me paraît absolument nécessaire, puisque l'étiologie peut être fort différente dans l'un ou l'autre cas : ainsi, dans mon cas personnel, il existait un endothéliome inclus dans l'épiploon, tandis que pour la variété externe on peut supposer qu'un kyste détaché de l'ovaire est venu se fixer secondairement à la bordure de l'épiploon. »

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ces lignes, par lesquelles débute l'article de Hasbrouck, non pas que nous admettions l'hypothèse finale de leur auteur, mais parce que la division signalée est à retenir au point de vue anatomo-pathologique et thérapeutique. Quant à cette supposition que les kystes extra-épiploïques sont d'origine ovarienne, nous n'y avons pas fait

allusion au chapitre de l'étiologie, et pour cause. Fort peut vraisemblable par elle-même, elle ne repose absolument sur aucune preuve. D'ailleurs, la variété en question se présente parfois chez des hommes.

Aussi bien, à l'encontre de Hasbrouck, qui, de cette division en deux variétés, avait conclu à l'exclusion de la dernière, notre étude les comprend-elle toutes deux. Elle les confond même constamment, car elles prêtent à des considérations identiques et si leur séparation mérite d'être indiquée pour l'anatomie pathologique et la thérapeutique, il n'en est pas moins vrai que dans les deux cas la tumeur est développée aux dépens du grand épiploon et qu'elle se présente en clinique exactement de la même manière.

Quelle est maintenant la fréquence relative de ces deux variétés ? Les kystes intra-épiploïques sont sans aucun doute les plus nombreux. Sur 37 observations, 29 les concernent, soit une proportion de 73 p. 100. C'est donc par eux que nous allons commencer.

Les kystes intra-épiploïques se présentent sous la forme de grosses tumeurs arrondies, généralement lisses et régulières, développées dans l'intérieur des feuilletts épiploïques, si bien que la tumeur est recouverte par un feutrage délicat et très vasculaire. Les vaisseaux sont donc nombreux à la surface du kyste et forment comme autant de pédicules que le chirurgien devra lier lors de l'extirpation.

Lorsque le kyste a pris un gros développement, ce feutrage a été tellement distendu, qu'il s'est déchiré et laisse la tumeur en contact avec les organes voisins.

L'aspect du kyste est quelquefois assez spécial : il est

rouge foncé (obs. XIX), pourpre sombre (obs. XXV), rappelant une anse intestinale étranglée (obs. XIII), ce qui est dû probablement à la transparence des parois bien vascularisées et très minces qui laissent apercevoir le contenu hématique de l'intérieur. Il est à remarquer en effet que cette coloration est assez particulière aux enfants. Chez l'adulte, la coloration est différente : blanchâtre (obs. I), blanc bleuâtre (obs. XXVII).

Au point de vue de leur localisation, nous devons remarquer que les kystes du grand épiploon peuvent se développer plus spécialement dans sa portion gastro-colique, ou bien au-dessous du côlon transverse, ou bien intéresser sa presque totalité.

Dans le premier cas, dont les observations XXI, XXV, XXVII — pour ne citer que les plus typiques — nous fournissent des exemples, la tumeur, en se développant en avant, vient en contact avec la paroi abdominale. Le côlon transverse écarté de l'estomac peut être repoussé fort loin vers le bas « presque jusqu'à la symphyse pubienne », chez la malade de Hasbrouck (obs. XXVII). En haut, il persiste souvent une bordure d'épiploon sain entre le kyste et la grande courbure de l'estomac. Dans le cas où cette bordure vient à disparaître, le kyste et la paroi gastrique sont en rapport sur une plus ou moins grande étendue.

La tumeur peut s'étendre en arrière et faire saillie dans l'arrière-cavité des épiploons, comme semble l'établir l'observation de Rouiller (obs. VII, voir également obs. XXIX).

Dans le cas où le développement se fait surtout au-dessous du côlon transverse, la tumeur, toujours recou-

verte en avant par la paroi abdominale, repose en arrière sur la masse intestinale. Le côlon transverse limite son extension vers le haut. En bas, elle se rapproche plus ou moins, suivant son développement, de l'orifice supérieur du bassin.

Enfin, dans le cas où la formation kystique englobe l'épiploon presque entier, ses rapports et ses limites sont alors ceux de cet organe. Dans ses différentes localisations, le kyste de l'épiploon présente le plus souvent des adhérences. Elles se font au péritoine pariétal assez fréquemment (fosse iliaque droite : obs. XIX), ou bien encore en un point du tube intestinal : gros intestin (obs. X), cæcum et appendice (obs. IX), intestin grêle (obs. XVII).

Une variété d'adhérence des plus importantes, sinon des plus fréquentes, est celle avec la paroi gastrique. Elle mérite d'être signalée spécialement, à cause des difficultés opératoires qui sont susceptibles d'en résulter.

Il est rare que les adhérences soient totalement absentes : le fait est cependant possible (obs. XXII, XXVI). Par contre, elles peuvent être exceptionnellement développées (obs. V).

Le volume des kystes du grand épiploon est presque toujours considérable. Marfan compare à un gros œuf d'autruche le kyste enlevé chez sa petite malade de 4 ans et demi. Dans le cas de Péan, la tumeur contenait 18 litres de liquide, et 32 litres dans le cas de Young, chez un enfant de 9 ans et demi. Ces exemples pourraient être facilement multipliés.

Même avec un volume moindre, la tumeur est le plus souvent très grosse. Les cas de petits kystes sont tout à fait exceptionnels. Nous n'en trouvons qu'un de bien net,

et encore se rapporte-t-il à la variété extra-épiploïque : c'est celui de Hollemann (obs. XXXVII). Cela tient à ce que les petits kystes, ne donnant lieu à aucun trouble fonctionnel, passent très ordinairement inaperçus.

Au point de vue du nombre, nous observons que le kyste est souvent unique. Il peut, au contraire, y en avoir plusieurs, parmi lesquels l'un apparaît comme prépondérant. Mais cette dernière variété est bien moins fréquente que la précédente.

Dans le cas de Péan, quelques-uns des kystes secondaires s'étaient détachés et flottaient librement dans la cavité péritonéale. Le nombre de ces formations kystiques est parfois considérable. Dans le cas de Schramm, l'épiploon ressemblait à une grappe de raisins gigantesques ».

Les kystes du grand épiploon se composent presque constamment d'une paroi propre et d'un contenu liquide, ce qui est normal. Ils forment donc de véritables tumeurs. Exceptionnellement, il n'existe pas de paroi propre. Le liquide enkysté est limité par le tissu épiploïque lui-même qui l'entoure (obs. XXII, XXVI).

Lorsqu'il existe une paroi distincte, celle-ci peut être fort mince, comme il arrive chez l'enfant, ou bien assez épaisse, par suite, plus ferme et même dure (obs. XXVII), comme nous le voyons chez l'adulte. Cette distinction n'est cependant pas absolue : la paroi est quelquefois mince, même chez l'adulte (obs. XVI). Son épaisseur est uniforme, ou bien irrégulière, présentant sur une certaine étendue un épaississement plus ou moins considérable (obs. X, XVI).

Quelquefois la tumeur comprend une partie solide. Le

nom de kyste ne lui est alors donné que dans le cas où cette partie solide est assez peu considérable pour laisser à la totalité de la tumeur l'allure d'un kyste. Il s'agit alors, le plus souvent, dans ces cas, de sarcome kystique. Là, comme pour les kystes de l'ovaire, il n'y a d'ailleurs, aucune ligne de démarcation tranchée entre les tumeurs solides, les tumeurs kystiques et les kystes.

De la paroi se détachent parfois des cloisons secondaires. On a alors un kyste multiloculaire. Dans l'hypothèse contraire, il est uniloculaire, ce qui est très fréquent, notamment pour les sarcomes kystiques.

Le contenu est un liquide presque toujours hématique. La quantité plus ou moins grande de sang épanché, de même que l'ancienneté des hémorragies expliquent toute la gamme des nuances que l'on peut rencontrer, depuis la teinte rosée (obs. XXII), jusqu'à la coloration noirâtre (obs. XI). Le sang peut se coaguler à l'intérieur de la poche kystique et donner lieu à de volumineux caillots (obs. XXVII). Rarement le liquide est séreux (obs. III, IX, XVII), limpide comme de l'eau de roche (obs. XXVIII). La présence de cristaux de cholestérine est parfois signalée (obs. XIV, XIX), de même que leur absence (obs. IV). Il existe rarement de l'albumine (obs. XXII).

Les kystes extra-épiploïques se présentent avec le même aspect, les mêmes caractères macroscopiques, le même contenu que les précédents. Mais ils n'affectent avec le tablier épiploïque que des rapports très peu étendus. Loin d'être englobés dans les mailles de l'épiploon, ils sont simplement reliés à lui par un pédicule qui peut être fort étroit. Ils sont donc libres, à part cela, dans la grande cavité péritonéale et leur ablation se fait avec la plus grande facilité, à moins d'adhérences secondaires.

Nous devons cependant attirer l'attention sur une particularité assez remarquable de cette dernière variété. Elle a trait à sa localisation. De même que dans la variété intra-épiploïque, la tumeur peut être rattachée à la portion gastro-colique de l'épiploon (obs. XXXIII), ou être située au-dessous du côlon transverse (obs. XXXV). Mais dans ce dernier cas, si son insertion vient à se faire en un point très déclive du tablier épiploïque, on conçoit fort bien que la tumeur puisse, en se développant vers le bas, s'engager jusque dans le bassin. L'observation de Hollemann (obs. XXXVII) nous en fournit un exemple remarquable. Il s'agissait d'une femme de 19 ans. Le kyste était dans le cul-de-sac de Douglas. On le sentait par le toucher vaginal. On comprend facilement les erreurs de diagnostic qui peuvent résulter d'une semblable localisation.

Histologie.

Plusieurs auteurs ont pensé que le développement des kystes du grand épiploon se faisait parfois aux dépens du système lymphatique, vaisseaux ou ganglions. C'était raisonner par analogie, d'après ce qu'on admet généralement pour les kystes séreux du mésentère.

Cette idée, dont la priorité semble appartenir à Rokitsky, fut reprise et amplifiée par Jacobi, qui écrivait au sujet de ces tumeurs « presque toutes, peut-être toutes sont d'origine lymphatique ».

En réalité, il n'existe pas d'unité histologique pour les kystes du grand épiploon. Au contraire, leur diversité de structure nous oblige à en distinguer plusieurs variétés.

Nous serons d'ailleurs assez bref à ce sujet, car les renseignements manquent souvent dans les observations, ou bien sont si résumés et si imprécis, qu'il est difficile d'en tirer des conclusions valables.

Sans nous arrêter aux kystes dermoïdes pour lesquels tout examen histologique fait défaut dans nos observations, nous rappellerons d'abord que nous avons parfois affaire à des kystes sans paroi propre, dont le contenu liquide est limité uniquement par le tissu de l'épiploon lui-même. Ce ne sont pas, à vrai dire, des tumeurs, et il ne saurait être ici question d'examen histologique.

Dans un certain nombre de cas, nous trouvons des endothéliomes. Sur 16 observations histologiques, 8 peuvent être interprétées dans ce sens. Ces tumeurs, dont le nom spécial est légitimé par leur origine aux dépens des cellules endothéliales différenciées du mésoderme primitif, revêtent un aspect assez analogue à celui des tumeurs épithéliales : d'où le nom d'épithéliomas des séreuses que leur avait donné primitivement Robin, d'où la confusion possible, en l'absence de renseignements cliniques, avec des généralisations épithéliomateuses secondaires.

Les endothéliomes kystiques du grand épiploon se composent d'un tissu conjonctif périphérique, infiltré plus ou moins de cellules lymphatiques, et formant une capsule à la tumeur. En dedans de cette capsule, les cellules endothéliales, dont la prolifération a été variable forment suivant les coupes des amas appréciables ou disparaissent totalement. C'est pour cette variété de tumeur, que l'origine lymphatique mentionnée plus haut pourrait être admise.

En dehors des endothéliomes assez fréquents, nous

trouvons encore quelques cas de sarcomes kystiques, spécialement chez l'adulte.

Il ne reste plus ensuite qu'un petit nombre de cas d'interprétation difficile et pour lesquels les auteurs eux-mêmes avouent ne pouvoir donner d'explication.

CHAPITRE IV

Symptômes.

L'absence de symptômes fonctionnels avait été considérée par Péan comme un signe assez particulier des tumeurs du grand épiploon. Ce chirurgien admettait que les seuls symptômes constatés apparaissaient tardivement, et résultaient soit du volume considérable de la tumeur, d'où phénomènes de compression (constipation et dyspnée), soit de sa nature maligne (cachexie). Il y a bien des réserves à faire au sujet de cette indolence des tumeurs épiploïques, tout au moins en ce qui concerne les kystes. Disons, d'ailleurs, pour être juste, que tout en signalant cette atténuation de la symptomatologie fonctionnelle, Péan avait cependant noté qu'elle n'était pas absolument constante. Nous allons voir que la vérité est dans cette dernière proposition.

Le début des kystes du grand épiploon est insidieux, exceptionnellement marqué par des phénomènes douloureux (obs. V, VIII, XXXVII), ou par des troubles gastriques vagues (obs. X). Le développement du kyste s'effectue lentement, d'une manière vraiment chronique. S'il s'agit d'un enfant, les parents remarquent que son ventre grossit; le malade adulte s'aperçoit lui-même de l'existence d'une tumeur, dont il ne souffre d'ailleurs pas.

L'évolution se fait ainsi progressivement et dans la majorité des cas elle s'espace sur plusieurs années. Il est rare qu'elle se fasse en quelques mois, ainsi que nous en trouvons un exemple chez le malade de Segond.

Mais si l'évolution est lente, elle ne se traduit cependant pas uniquement par des signes physiques.

A une époque plus ou moins tardive, nous voyons survenir, et d'une façon souvent intermittente, des phénomènes douloureux, ordinairement peu intenses, quelquefois assez violents, ayant leur siège dans la région de la tumeur et à son pourtour. Ils sont dus très vraisemblablement à la réaction du péritoine au contact de la tumeur, réaction qui aboutit à la péritonite plastique, à la formation des adhérences, dont l'absence est très rare, ainsi que nous avons eu l'occasion de le constater.

La péritonite plastique explique aussi certains phénomènes gastro-intestinaux d'allure passagère : constipation, nausées et vomissements. D'autres fois, les vomissements qui surviennent après les repas, avec plus de ténacité, semblent dus à un autre mécanisme : pour reprendre l'explication déjà donnée par E. Bonamy, qui les avait constatés au cours de l'évolution des sarcomes de l'épiploon, il faut sans doute les attribuer à la traction de la tumeur sur la grande courbure, par l'intermédiaire du tablier épiploïque.

Un autre symptôme signalé quelquefois, ce sont les troubles viscéraux : sensation de pesanteur dans la vessie, fréquence des mictions.

Quand le volume de la tumeur est devenu considérable, en d'autres termes, lorsque la période d'état est arrivée à une phase avancée, nous retrouvons ici, comme ail-

leurs, les phénomènes inséparables de l'existence des grosses tumeurs abdominales : constipation par compression intestinale, dyspnée et troubles du fonctionnement cardiaque, par refoulement du diaphragme. Remarquons cependant que, contrairement à ce qui se passe pour les tumeurs solides du grand épiploon et surtout pour les tumeurs du mésentère, la constipation ne va jamais jusqu'à l'obstruction. On n'observe pas davantage de phénomènes urémiques résultant de la compression des uretères.

A cette période, l'état général est rarement intact. Cette intégrité existe cependant quelquefois; elle constitue même un fait assez curieux dont l'observation de Fort nous donne un exemple.

Presque toujours, le malade est amaigri, déprimé, anémique. Il présente de l'anorexie, des vomissements. Il accuse une sensation de pesanteur dans le ventre, et s'es-souffle facilement. Le recours aux soins médicaux devient nécessaire, si toutefois les douleurs et l'augmentation de volume du ventre n'avaient été, dès la période précédente, une indication suffisante.

A l'examen, le volume de l'abdomen apparaît le plus souvent énorme. La paroi distendue semble, nous dit Hasbrouck, sur le point de céder. L'ascite, dont la présence est signalée quelquefois, assez rarement il est vrai, ne peut qu'augmenter cette distension déjà considérable. Sous les téguments amincis, les veines dilatées dessinent leurs arborisations bleuâtres et traduisent la gêne de la circulation profonde.

Dans le cas où l'intumescence abdominale est moins généralisée, on peut reconnaître qu'elle prédomine soit

dans la région sus-ombilicale, soit dans la région sous-ombilicale, ce qui correspond aux deux localisations de la tumeur, au-dessus ou au-dessous du côlon transverse. Si, enfin, la tumeur est encore petite, le malade s'étant présenté à l'examen avant qu'elle n'ait envahi une grande partie de la cavité abdominale, on pourra, à ce stade de début, la découvrir en des régions assez variables : fait évidemment explicable par la grande étendue du tablier épiploïque et la diversité des régions qu'il recouvre. Ici, c'est dans la fosse iliaque droite (obs. VII), que la main reconnaît la présence d'une tumeur : là, c'est dans la région hypogastrique gauche (obs. IV), ou bien dans la région lombaire droite (obs. XXXIV) ou bien enfin dans le cul-de-sac de Douglas (obs. XXXVII).

En présence d'une telle diversité dans la localisation des kystes du grand épiploon, peut-on supposer qu'il existe un ensemble de signes physiques communs à ces tumeurs ? Si improbable que cet ensemble puisse paraître il n'en existe pas moins.

Tout d'abord, la tumeur épiploïque est superficielle. La palpation montre qu'elle est placée immédiatement en arrière de la paroi abdominale, directement en avant de la masse intestinale. Elle est indolente à la pression, ou plutôt elle n'est douloureuse que d'une façon absolument exceptionnelle. Sa surface est lisse, régulière, sa forme globuleuse.

Elle est très généralement mobile, et cette mobilité répond parfois au schéma classique : déplacement latéral facile dans les deux sens; déplacement vertical possible de bas en haut, très limité de haut en bas. Cette limitation est une conséquence logique de l'attache du grand épiploon à l'estomac et de sa fixité en ce point.

Contrairement à ce que nous venons de dire, et dans quelques cas rares, la tumeur, bien que mobile, paraît l'être fort peu. Lorsqu'il existe de l'ascite et que celle-ci est en petite quantité, la palpation un peu brusque de la tumeur donne lieu à la sensation du ballottement.

La fluctuation qu'elle présente est plus ou moins nette, mais, ordinairement, de constatation facile; parfois même, on obtient également une sensation de flot. Grâce à ces caractères, le contenu liquide est presque toujours reconnu. En fait, nous voyons que la confusion n'a jamais eu lieu qu'avec des formations à contenu liquide (kyste de l'ovaire, du pancréas, etc.), ou bien avec l'ascite.

Elle est quelquefois pulsatile lorsque, placée sur la ligne médiane, elle transmet les battements de l'aorte. Dans un cas, même, elle paraissait douée d'expansion et l'on avait songé à un anévrysme de l'aorte abdominale.

A la pression, la tumeur est mate, et cette matité prend parfois une extension remarquable : elle occupe en même temps les flancs et la région médiane de l'abdomen; elle remonte jusqu'à l'épigastre qui, seul, est resté sonore, et qui dessine la limite inférieure de sa sonorité sous forme d'un croissant à concavité supérieure. Elle envahit même parfois la région épigastrique et alors, tout l'abdomen est mat, d'une matité absolue, sans zone de sonorité nulle part (obs. XXV, XXVI). C'est qu'en effet, comme nous l'avons dit plus haut, la tumeur vient se mettre immédiatement derrière la paroi, sans interposition d'intestin, contrairement à ce qui se passe pour les tumeurs du mésentère, qui refoulent les anses intestinales au-devant d'elles.

Rappelons enfin quelques symptômes attribués par les

auteurs aux tumeurs solides et liquides de l'épiploon : le déplacement spontané coïncidant avec le péristaltisme intestinal (Reiss), la dépression du creux épigastrique dans le cas d'adhérence à la paroi abdominale antérieure, quand on tente d'abaisser la tumeur (Slaviansky), et quand on la refoule à droite, le déplacement de la rate entraînée vers la ligne médiane, par tiraillement du ligament colo-splénique : ces signes vraiment secondaires ne résultent pas de l'ensemble de nos observations.

CHAPITRE V

Complications.

En dehors des adhérences, dont nous avons déjà parlé, et sur lesquelles nous ne reviendrons pas, les complications sont rares.

L'ascite traduit simplement l'irritation de la séreuse péritonéale. Elle ne paraissait légèrement hémorragique que dans un cas (obs. IV). Sa signification est donc banale. Sa présence n'est, d'ailleurs, indiquée que dans cinq observations (obs. I, IV, XIII, XVI, XXVII) : c'est dire son peu de fréquence.

La rupture du kyste est signalée trois fois. Dans l'observation de Doran, nous voyons que le kyste s'était rompu et reformé deux ans avant l'intervention opératoire. Dans celle de Cotman, le kyste communiquait par une étroite ouverture avec la face postérieure de l'estomac. On avait noté dans les antécédents du malade un traumatisme récent. Enfin, dans celle de Rouiller, la rupture spontanée du kyste aurait été suivie d'une péritonite mortelle. Mais on ne peut accorder une grande valeur à cette dernière observation, discutable, ainsi que nous l'avons dit.

Enfin, dans l'observation inédite que nous rapportons plus loin, il existait une abondante pleurésie droite. Elle

était hémorragique et sa formule cytologique répondait à celle des épanchements néoplasiques. Par contre, son évolution clinique fut celle des pleurésies séro-fibrineuses les plus bénignes. Il y a là un fait unique, dont l'interprétation reste à trouver.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Il est difficile d'établir un pronostic pour les kystes du grand épiploon. Les renseignements à cet égard font presque totalement défaut. Sans doute, nous voyons cette affection évoluer pendant de longues années, sans que l'état général paraisse atteint sérieusement. Mais il est exceptionnel qu'elle reste jusqu'à la fin abandonnée à elle-même. Nous ne trouvons que deux observations où il en ait été ainsi. Celle de Talbot concerne un homme de 58 ans, dont la tumeur se développa assez rapidement, et qui finit par succomber. A l'autopsie, on trouva un sarcome kystique. Dans le cas douteux de Rouiller, la malade mourut de péritonite à la suite d'une rupture spontanée du kyste.

Après l'intervention chirurgicale, le pronostic immédiat est très bon; nous ne trouvons qu'un seul cas de mort, sur toute la série des opérations : c'est celui de Cotman. Mais le pronostic à longue échéance reste inconnu. Le résultat opératoire le plus éloigné nous est donné par Marfan : quatorze mois après l'opération, la petite malade qu'il eut l'occasion d'observer était en parfaite santé, et l'examen le plus minutieux ne décelait rien d'anormal dans l'abdomen.

Le pronostic doit, en réalité, dépendre de la variété histologique. Mais, même dans le cas de tumeur maligne, il est notablement amélioré, à cause de la forme kystique. Dans le même ordre d'idées, ne voyons-nous pas les kystes de l'ovaire, qui cependant sont des épithéliomas, garder une bénignité fréquente et ne pas récidiver après ablation ?

On a donc l'impression que cette affection, bien franchement chronique, d'allure en réalité bénigne, guérit définitivement par le traitement chirurgical. Chez les enfants surtout, le pronostic apparaît particulièrement favorable. Mais il faut bien l'avouer, ce n'est là qu'une impression; et en l'absence de données positives, on ne peut en faire une certitude.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

En présence d'un malade porteur d'un kyste du grand épiploon, est-il possible d'arriver au diagnostic exact ? Nous ne pouvons mieux faire, pour répondre à cette question, que de rappeler le cas du malade observé par Simon en 1858.

A une époque où les kystes de l'épiploon n'étaient pas connus et où, par conséquent, leur diagnostic n'était pas facilité par la notion de leur existence, nous voyons cependant que, grâce à une constatation précise des signes physiques, grâce à leur interprétation parfaite, le diagnostic exact fut entrevu.

Nous sommes donc en droit de penser que l'étude sémiologique que nous allons entreprendre maintenant ne sera pas exclusivement théorique, et que, dans certains cas — en faisant toujours la part des erreurs possibles dans le diagnostic si fécond en surprises des tumeurs abdominales — on pourra reconnaître et diagnostiquer un kyste du grand épiploon.

Nous avons parlé d'erreurs, pour ainsi dire inévitables : commençons donc par les rappeler, afin de les éliminer et de voir les cas favorables qui nous restent.

La confusion avec l'ascite paraît fatale chez l'enfant.

Par suite, de la minceur de ses parois, la formation kystique, dès qu'elle est un peu volumineuse, s'insinue dans tous les recoins de la cavité abdominale et simule un épanchement libre. Remarquons cependant que la péritonite tuberculeuse à forme ascitique est rare chez l'enfant avant quatre ans, tandis que nous observons plusieurs fois des kystes de l'épiploon avant cet âge. Remarquons surtout que le liquide kystique n'est en fait pas libre. Limité et contenu par la paroi du kyste, qui le maintient toujours en avant de la masse intestinale, il n'obéit que d'une façon imparfaite aux lois qui régissent les épanchements ascitiques libres : d'où la non-apparition d'une zone sonore là où existait une zone mate, lorsqu'on fait déplacer le petit malade, d'où l'absence de sonorité sur la ligne médiane et même à l'épigastre.

L'observation de Young est particulièrement instructive à cet égard, et l'auteur rend bien compte de son embarras pour formuler un diagnostic précis, en présence de cette matité anormalement fixe et généralisée.

Malgré tout, l'erreur paraît difficile à éviter, parce que la main qui palpe n'a pas la sensation d'un liquide enkysté, mais d'un liquide libre, et parce que les kystes de l'épiploon sont une grande rareté par rapport à la fréquence de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Dans le cas où le liquide est moins abondant, ou bien la paroi kystique plus ferme, la sonorité persistante dans les flancs nous montre que nous avons affaire à une tumeur. Le diagnostic se pose alors avec les diverses tumeurs de l'abdomen, principalement avec celles dont la nature est kystique. Ici encore, une confusion est fréquente chez la femme : celle avec les kystes de l'ovaire.

Elle est inévitable si la tumeur est bas située et si on n'arrive pas à reconnaître l'intégrité des ovaires. L'observation de Hollemann nous en offre un exemple caractéristique : l'erreur de diagnostic eut comme conséquence un mode opératoire qui peut paraître bizarre pour un kyste de l'épiploon : l'extraction par le vagin.

En fait, le diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et ceux de l'épiploon est tout entier renfermé dans le précepte suivant : établir que la tumeur a une origine pelvienne dans un cas, abdominale dans un autre. Les signes donnés par les auteurs pour arriver à ce résultat sont tirés : 1° de la différence des mouvements passifs que l'on peut imprimer aux deux variétés de tumeurs; les kystes épiploïques s'abaissent difficilement et se relèvent facilement : c'est le contraire pour les kystes de l'ovaire; 2° du développement qui se fait de haut en bas pour les premiers, de bas en haut pour les derniers.

Mais ce dernier signe, tout au moins, peut fort bien être en défaut lorsque le kyste de l'épiploon a son point de départ assez bas, dans la portion sous-colique du tablier épiploïque, et se développe en remontant peu à peu vers l'ombilic. L'observation de Gooding en est une preuve : on croyait avant l'opération à un kyste de l'ovaire avec long pédicule.

Le diagnostic avec les autres tumeurs de l'abdomen, encore que malaisé, apparaît néanmoins possible quelquefois.

Les tumeurs de la paroi ne nous arrêteront pas, car d'après nos observations, elles ne semblent jamais avoir été une cause d'erreur. Elles présentent d'ailleurs un signe pathognomonique : l'immobilisation sous l'influence de la contraction des muscles pariétaux.

Supposons maintenant la tumeur dans la moitié sus-ombilicale de la cavité abdominale. On pourra croire à un kyste du foie dans le cas où la matité du kyste se continue avec celle du foie, sans interposition d'une zone sonore. Mais dans cette affection, le foie est souvent bosselé par d'autres kystes. La percussion peut faire percevoir, rarement il est vrai, le frémissement hydatique. Le malade a présenté quelquefois des poussées d'urticaire; l'examen de son sang révèle une éosinophilie à peu près constante. Enfin, la ponction, si elle venait à être pratiquée, montrerait un liquide « eau de roche », au lieu du liquide presque toujours hématique des kystes du grand épiploon.

Les kystes du pancréas s'accompagnent habituellement d'un amaigrissement rapide. La tumeur est, le plus souvent, immobile. Elle est mate à la percussion, mais cette matité a été précédée pendant un temps plus ou moins long par de la sonorité, avant que la tumeur ne soit venue se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure.

La distinction avec les tumeurs de la rate est assez difficile. Celles-ci sont placées en arrière, et s'enfoncent dans l'hypocondre gauche. Elles se déplacent légèrement en bas sous l'influence des mouvements respiratoires, et au cours de cet abaissement, la main peut arriver à sentir sur une plus ou moins grande étendue le pourtour de la rate, dont la forme générale est ordinairement conservée.

Les anévrysmes de l'aorte abdominale ne prêtent à confusion que dans le cas où le kyste épiploïque est placé sur la ligne médiane et transmet les battements de l'aorte.

Mais lorsqu'il s'agit d'un anévrysme, l'auscultation fait entendre un souffle ou un double souffle. D'autre part, le pouls fémoral est affaibli et en retard sur le pouls radial.

Lorsque la tumeur est placée dans la moitié sous-ombilicale de la cavité abdominale, on peut croire sur les côtés à une affection des reins : kyste, hydronéphrose, ou rein flottant. Dans les deux premiers cas, la tumeur n'est pas superficielle; elle est recouverte par une zone de sonorité. En arrière, on a le contact lombaire, et l'on peut obtenir du ballottement.

Le rein flottant présente une mobilité toute spéciale, et lorsqu'il est descendu dans l'abdomen, la fosse lombaire qu'il devrait occuper est vide.

Sur la ligne médiane, les kystes du mésentère, généralement recouverts par les anses intestinales sont sonores à la percussion. Leur mobilité, assez variable, est peut-être moindre que celle des kystes de l'épiploon. Enfin, ils donnent lieu fréquemment à des symptômes d'obstruction intestinale.

Les kystes de l'ouraque, rares et ordinairement de petit volume, n'ont pas de mobilité verticale et présentent une mobilité transversale limitée.

Mais supposons que par une élimination successive des causes d'erreur, nous soyons arrivés à localiser la tumeur dans le grand épiploon. Une dernière question se pose : s'agit-il d'une formation kystique simple de cet organe ou d'un kyste hydatique, ou bien encore d'une autre tumeur de l'épiploon ? Pour ce qui est des kystes hydatiques, les signes généraux déjà donnés plus haut (urticaire, éosinophilie) se retrouvent ici. D'autre part, il

existe presque toujours des kystes de même nature dans le foie, ou en d'autres points de la séreuse péritonéale.

Quant à la confusion avec les différentes tumeurs solides du grand épiploon, elle n'est guère probable, puisque le kyste présente toujours une fluctuation évidente. Seul le lipome assez fréquent, et parfois fluctuant, peut induire en erreur. Le diagnostic différentiel est alors impossible en l'absence de signes propres à cette dernière affection.

Les sarcomes ont une évolution rapide, cachectisante. Ils s'accompagnent de troubles gastriques marqués, et donnent lieu à la production d'une ascite hémorragique.

Ainsi donc, dans l'ensemble des diagnostics si difficiles des tumeurs de l'abdomen, celui des kystes du grand épiploon paraît être l'un des plus obscurs. Il est probable que chez l'homme et chez l'adulte, où les deux confusions principales avec l'ascite et avec les kystes de l'ovaire sont évitées d'elles-mêmes, il est probable, disons-nous, que le diagnostic pourra être fait, mais ce ne sera jamais là qu'une très rare exception .

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement des kystes du grand épiploon consiste essentiellement dans l'ablation de la tumeur. Cette intervention est particulièrement facile dans la variété extra-épiploïque et quand il n'existe pas d'adhérences.

Lorsque le kyste est intra-épiploïque, il faut procéder à son énucléation hors du tissu épiploïque plus ou moins aminci qui l'enveloppe, et poser sur les vaisseaux de nombreuses ligatures. Mais ici, quelques difficultés peuvent survenir : le kyste développé dans la partie supérieure du grand épiploon adhère souvent, nous l'avons vu, à l'estomac. La séparation de la poche kystique et de la paroi gastrique sera toujours délicate, souvent assez longue. Elle sera même quelquefois impossible. Ainsi, pour le malade de Bergmann, l'adhérence était telle que l'on dut réséquer une portion de la paroi gastrique sur une étendue de 7 centimètres.

De même, les adhérences au côlon transverse pourront parfois occasionner quelques difficultés.

D'autre part, en présence de formations kystiques sans paroi propre, ou bien très développées et d'énucléation impossible, il faudra réséquer la portion d'épiploon qui les renferme. Si étendue que soit cette résection, elle n'a

jamais de suites graves, et elle est toujours possible, car il reste constamment une certaine étendue de tissu épiploïque normal où l'on peut placer les ligatures.

Enfin, dans le cas d'une masse polykystique très volumineuse, pourvue de nombreuses adhérences, et chez un malade affaibli, on ne pourra tenter une ablation dangereuse à cause du shock opératoire consécutif. On devra se borner à marsupialiser le kyste. Cette éventualité est rare.

Nous ne dirons rien de la ponction. Elle ne peut être évidemment qu'un palliatif, et, en principe, on doit la rejeter parce qu'elle peut être dangereuse. Rappelons cependant que dans le cas où elle viendrait à être faite le liquide retiré peut fournir des renseignements utiles à cause de sa nature hémorragique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le D^r LECLERC, de Dijon.)

M^{me} G..., âgée de 55 ans. On ne trouve dans ses antécédents aucune maladie antérieure ; elle a toujours eu une bonne santé. Trois enfants, dont un mort en bas-âge. Accouchements normaux et sans complications. Un peu de ptose génitale. La malade porte un pessaire. Les règles ont toujours été régulières. Jamais elle n'a souffert du ventre.

Elle a eu, à plusieurs reprises, des coliques hépatiques, sans ictère, et qui ont nécessité plusieurs fois des piqûres de morphine. La dernière crise remonte à quatre ans. La malade n'a jamais toussé. Il y a deux ans environ, elle fut prise d'un point de côté droit, accompagné d'une fièvre modérée. Le médecin qui la soigne alors, le D^r Guiollot, constate les signes physiques d'un épanchement peu abondant à la base droite. La malade ne garda le lit que deux jours et fut en somme vite rétablie.

Depuis cette époque, elle allait bien et ne se sentait de rien. Elle ne toussait pas et n'était pas essouffée. Depuis deux ans, elle a commencé à voir son ventre augmenter de volume, et en dernier lieu cette augmentation s'est bien accentuée. Enfin, il y a quinze jours environ, elle se sentit très essouffée dans les efforts, sans avoir éprouvé de point de côté. Elle ne tousse d'ailleurs pas. Le D^r Guiollot constate un nouvel épanchement dans la plèvre droite.

La malade n'a ni maigri ni perdu ses forces. Pas de troubles digestifs ou intestinaux.

A l'examen de l'abdomen, on voit les veines sous-cutanées dilatées, formant une circulation veineuse très marquée. On sent, dans la région sous-ombilicale médiane, une tumeur paraissant assez dure, et sur laquelle on arrive à travers un peu de liquide, ce qui donne du ballottement. Signes d'ascite assez légère.

Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement. On ne sent pas de tumeur. On ne peut délimiter le fond de l'utérus. Le foie paraît normal; la rate n'est pas grosse. Le cœur ne présente pas de lésion et n'est pas hypertrophié; il n'y a pas d'hypertension artérielle. Pas d'œdème des jambes. Les urines ne contenaient pas d'albumine. A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve à la base droite un épanchement moyen avec tous ses signes classiques : matité, abolition des vibrations, égophonie, pectoriloquie aphone. Rien au reste du poumon. La ponction pleurale fait retirer un liquide jaune un peu orangé.

1^{er} juillet 1909. — La malade revient, décidée à se faire opérer pour sa tumeur abdominale. On trouve que l'épanchement pleural a beaucoup augmenté. Actuellement, il remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. La ponction permet de retirer 3 litres de liquide séro-sanguinolent. L'examen cytologique de ce liquide, pratiqué par M. le D^r Petitjean, montre des globules rouges en grande quantité, des cellules épithéliales de la plèvre en grand nombre, et de très grandes cellules creusées de vacuoles répondant au type décrit dans les épanchements néoplasiques. L'ascite a augmenté un peu.

Le diagnostic fait alors est celui de kyste de l'ovaire dégénéré avec généralisation pleurale. Cependant, ce diagnostic étant seulement très probable et un autre étant à la rigueur possible (par exemple : cirrhose avec pleurésie droite, coïncidant avec un kyste ovarique), on décide d'intervenir.

Opération le 7 juillet 1909. — Anesthésie au chloroforme. Durée de l'intervention : une demi-heure. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Issue d'une assez grande quantité d'as-

cité claire et un peu rosâtre. La tumeur apparaît avec un aspect blanc qui rappelle le kyste de l'ovaire; aucune végétation néoplasique sur cette poche blanchâtre. Adhérences à la grande courbure de l'estomac et à l'épiploon qui entoure complètement la tumeur. Libération de ces adhérences. Celles à l'épiploon sont coupées et liées. On lie ainsi un assez grand nombre de pédicules vasculaires. L'adhérence à la grande courbure est détruite, mais la paroi gastrique est un peu entamée au cours de cette manœuvre. L'hémostase de la paroi gastrique est assez longue. La tumeur une fois libérée, on l'enlève pensant la voie tenir par un pédicule ovarien. Mais elle sort du ventre sans que rien ne la rattache à l'utérus. Les ovaires sont d'ailleurs sains. En réalité, la tumeur était développée dans le grand épiploon qui l'entourait et l'enserrait complètement dans ses mailles.

Aucune trace extérieure de généralisation cancéreuse sur les viscères abdominaux. Fermeture du ventre.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée est du volume d'une grosse tête de fœtus. Une fois ouverte, elle montre à son intérieur de nombreuses formations kystiques contenant un liquide clair. A la coupe, l'aspect est variable suivant les points. Quelques points durs. Nombreux points d'aspect malin.

Le diagnostic post-opératoire est alors : tumeur du grand épiploon de nature maligne. Généralisation pleurale, bien que des formations néoplasiques ne paraissent pas macroscopiquement avoir franchi la paroi du kyste.

Suites opératoires. — Parfaites. Trois semaines après, la malade rentrait chez elle. L'auscultation ne révèle plus rien à la base droite, où le murmure vésiculaire s'entend jusqu'en bas.

Le 15 octobre, la malade va très bien. Absolument plus rien à la base droite. Murmure vésiculaire normal et sonorité normale.

Le 29 juin 1910, la guérison se maintient. Plus rien, ni aux poumons, ni au ventre. L'état général est excellent.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(Dû à l'obligeance de M. le Dr SAYY.)

« Le fragment envoyé est constitué à la périphérie par une zone de tissu fibreux dense qui forme une capsule à la tumeur. Le tissu néoplasique est constitué par un amas de grosses cellules épithéliales distribuées sans ordre, très nombreuses, au sein d'un stroma fibrillaire réduit. On pourrait croire à une généralisation d'un épithélioma glandulaire, à point de départ indéterminé. Mais en tenant compte de l'évolution clinique et de l'organe intéressé, on voit qu'il s'agit très vraisemblablement d'un endothéliome. »

OBSERVATION II

(SIMON. *Bulletin Soc. anatomique*. Paris, 1858.)

M... Auguste, âgé de 44 ans, charretier, se présente à l'hôpital Saint-Antoine, le 24 septembre, pour se faire sonder et en même temps pour être traité du choléra asiatique.

A son entrée à l'hôpital, il se plaignait d'une rétention d'urine datant de vingt-quatre heures. On trouvait effectivement dans la région hypogastrique une tumeur arrondie plus saillante à droite de la ligne médiane qu'à gauche, et simulant une vessie distendue par l'urine. Cependant, deux tentatives de cathétérisme n'amenèrent l'émission que de quelques gouttes d'urine, la première fois. La sonde étant bien pénétrée dans la vessie, il devenait douteux que la tumeur hypogastrique fût produite par une rétention d'urine.

En étudiant cette tumeur avec plus de soin, voici ce qu'on trouvait : la tumeur s'étendait transversalement à 12 centimètres à droite de la ligne médiane, à 9 centimètres à gauche ; elle remontait dans la région ombilicale et s'y perdait profondément ; inférieurement elle paraissait plonger dans l'excavation du petit bassin et, cependant, on ne pouvait l'atteindre par le toucher rectal. Les téguments de la

région hypogastrique n'offraient point de changement de coloration. Ils étaient soulevés dans le point le plus culminant, à 5 centimètres au-dessus du niveau du sternum, et l'ombilic se trouvait à la base de cette saillie, même incliné un peu sur son méplat. La tumeur était complètement indépendante des parois abdominales, et mobile également sur les parties profondes. On pouvait la porter entièrement à droite de la ligne médiane; il était plus difficile de la refouler à gauche. On la relevait très facilement, de manière que son fond remontait presque au niveau de l'ombilic, mais il était impossible de la faire pénétrer plus avant dans le bassin. Sa surface était assez régulièrement globuleuse; elle donnait la sensation d'une fluctuation obscure, mais nullement la sensation de flot. Sa consistance élastique paraissait uniforme dans toute son étendue.

Elle était complètement mate. On n'y trouvait ni froissement hydatique, ni bruit de souffle. On la sentait soulevée en masse, surtout vers son côté gauche, par les pulsations de l'aorte.

Cette tumeur était complètement indolente à la pression.

Le malade, pressé de questions, finit par apprendre que la tumeur datait de douze ans au moins, qu'elle avait été graduellement croissante, sans jamais produire de douleurs.

Eu égard à sa grande mobilité, latéralement et surtout à droite, on pouvait établir que son point de départ n'était ni dans le bassin, ni même dans le mésentère. Au contraire, l'impossibilité de la faire descendre devait faire rattacher son origine au foie, à l'estomac ou au grand épiploon. On ne devait penser ni aux reins, ni à la rate, car cette tumeur était placée superficiellement au-devant des intestins. Elle n'était point constituée par le foie déplacé, car cet organe se retrouvait dans l'hypocondre droit. Le malade n'avait jamais eu de troubles biliaires ni gastriques. Il semblait donc que la tumeur appartenait au grand épiploon, car il n'y avait pas lieu de penser à un anévrysme de l'aorte ou du tronc cœliaque, vu l'absence complète des signes propres à cette affection.

Quant à la nature de la tumeur, bien qu'on pût éloigner l'idée d'un anévrysme ou d'un kyste hydatique, elle était plus difficile à déterminer encore que son siège.

Cinq jours après son entrée, le malade succombait au choléra.

Autopsie. — Immédiatement au-dessous des parois abdominales et dans l'épaisseur du grand épiploon, se trouve une tumeur qui descend de l'estomac au détroit supérieur du bassin, au-devant des intestins. Elle mesure 25 centimètres transversalement, 15 à 18 centimètres d'épaisseur. Elle a une teinte bleuâtre non uniforme, qu'elle doit à une semi-transparence de ses parois. Sa surface lisse et légèrement bosselée est surmontée inférieurement de deux prolongements épiploïques intacts. Par sa partie la plus élevée, elle est adhérente dans une très petite étendue à la grande courbure de l'estomac à un centimètre environ du pylore. Au niveau de cette adhérence, on trouve les fibres musculaires parfaitement intactes.

La coupe de cette tumeur fait voir qu'elle est constituée par une vaste poche fibreuse dont les parois sont épaisses de plus d'un millimètre et recouvertes superficiellement par les lames dédoublées de l'épiploon. Cette poche contient, dans ses deux tiers inférieurs et postérieurs, un vaste kyste rempli par du sang coagulé couleur de rouille, granuleux et sans stratification. Les parois sont fibreuses, assez minces et se confondent extérieurement avec la poche fibreuse.

Ce kyste envoie quelques diverticules irréguliers en haut, dans une masse grisâtre, comme érectile, tant elle est creusée de canaux. Cette masse, constituée par un tissu mou, friable, assez analogue à de la substance cérébrale qui aurait macéré dans l'alcool, est sillonnée de canaux larges, à surface lisse, contenant du sang liquide. Dans plusieurs points de son étendue, on rencontre d'autres petits kystes sanguins renfermant des caillots à divers degrés d'altération.

L'examen microscopique fait voir que cette substance blanche, grisâtre, est constituée par des éléments fibro-plastiques.

OBSERVATION III

(GAIRDNER. Transactions path. Soc. London, 1852.)

À l'autopsie d'une femme adulte morte subitement, on trouva un kyste sous le feuillet antérieur du grand épiploon. Cette femme avait un gros utérus fibromateux.

Le kyste se composait d'une vaste poche fermée, et contenait une sérosité transparente, incolore.

OBSERVATION IV

(PÉAN. Tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1880.)

M^{me} M..., âgée de 40 ans, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'elle fut prise, deux ans auparavant, d'une péritonite avec tympanisme et dureté du ventre, tellement intense que le D^r Roussin, qui la traitait, crut à un étranglement interne. On put obtenir la guérison, et pendant la convalescence, le D^r Roussin reconnut dans le ventre, d'une façon indubitable, la présence d'une petite tumeur sur la nature et sur le siège de laquelle il ne put se prononcer exactement. Quelques mois après, une nouvelle péritonite se déclara et revêtit un caractère si grave que la vie fut encore une fois en grand danger. La malade guérit, mais resta très affaiblie, et le D^r Roussin, qui la revit, remarqua le volume considérable du ventre et ne douta pas que la tumeur, qu'il avait sentie autrefois si petite, n'eût pris un accroissement important. Le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique confirma ses prévisions. Il reconnut la présence d'un kyste indépendant de l'utérus, et supposa qu'il avait probablement pris naissance dans l'un des ovaires.

Je partageai cette opinion. La malade était si surchargée d'embonpoint, qu'il n'était pas possible de dire si la tumeur était multiloculaire, et si l'ascite qui coexistait avec elle formait une couche considérable. Ce que nous redoutions

surtout, en raison des péritonites antérieures, dont la première remontait à deux ans, c'était l'existence de nombreuses adhérences.

L'opération étant l'unique ressource est pratiquée le 24 juin 1873. Après incision de la paroi abdominale et d'une couche adipeuse des plus épaisses, le péritoine est ouvert. Dès le premier coup de bistouri, il s'écoule environ 6 litres de liquide ascitique. Dans la cavité péritonéale, nous rencontrons et nous retirons plusieurs kystes flottants de différents volumes; l'un d'eux a le volume d'un œuf d'autruche. Les plus grands de ces kystes sont dépourvus de pédicule; ceux de moindre volume, au contraire, adhèrent au kyste principal. Celui-ci, lorsqu'il se présente à nos regards, nous apparaît de couleur jaune verdâtre, légèrement bleuâtre. La ponction donne issue à 18 litres d'un liquide de couleur chocolat; d'énormes caillots de la même couleur remplissent le fond de la poche; il n'y a pas trace de cholestérine. Ceci fait, et voyant que le côté droit seul est dépourvu d'adhérences au niveau de la fosse iliaque correspondante, je procède à la recherche du pédicule dans l'intention de le lier avant de détacher le kyste de ses adhérences. Malgré l'examen le plus minutieux, nous ne trouvons aucune connexion de la tumeur, soit avec l'utérus, soit avec l'un des ovaires. Nous reconnaissons, au contraire, que le kyste est implanté par sa partie supérieure, ses bords et ses faces, excepté du côté droit, sur le grand épiploon avec lequel il est si intimement confondu que celui-ci l'enveloppe de toutes parts. Je cherche le pédicule du côté de l'ovaire, tant je suis convaincu que le kyste est ovarique et non épiploïque. Je suis bien alors obligé de reconnaître qu'il n'y a aucune trace de pédicule, soit ancien, soit nouveau, du côté de l'ovaire, et que nous sommes en présence d'une tumeur kystique de l'épiploon. Ce point établi, je cherche à détacher de toutes parts ce dernier de la surface du kyste. J'y parviens sur la moitié de l'étendue. Mais sur le reste de la surface, je trouve l'épiploon tellement hypertrophié, étalé, chargé de

dépôts graisseux, granulo-graisseux, et mélangés par places de concrétions calcaires, que je dois suspendre la dissection, et songer bien plutôt à extraire la tumeur en portant des ligatures autour d'elle, sur la partie demeurée saine de l'épiploon. Il m'est alors possible d'enlever, et d'exciser le kyste en dehors de ces ligatures. Je procède à la toilette du péritoine, puis à la fermeture du ventre, opération toujours laborieuse chez les sujets obèses.

Il convient de noter que, pendant l'opération, nous trouvons l'utérus aplati, repoussé dans la fosse iliaque droite, que les ligaments larges sont tellement entourés de vastes adhérences pelviennes qu'il serait impossible de pousser, de ce côté, l'exploration très loin, sous peine de détruire ces adhérences et de provoquer une hémorragie dangereuse. La durée totale de l'opération est de deux heures. Outre les difficultés qui résultent des rapports insolites de la tumeur, et de la nature de ses adhérences, l'opération est encore rendue particulièrement laborieuse par des vomissements chloroformiques continuels.

La tumeur enlevée offre une grande analogie avec celle des kystes sanguins de l'ovaire. Le contenu est formé de sang dégénéré, couleur chocolat, et mélangé de caillots.

Les suites opératoires furent normales. Il n'y eut pas d'accidents, et la malade put se lever dès le douzième jour.

OBSERVATION V

(TALBOT. *Medical Record*, 1881.)

Homme, âgé de 58 ans, cultivateur, ayant toujours joui d'une excellente santé. Il commença d'abord par se plaindre, deux ans auparavant, de douleur dans le dos. Il avait des envies fréquentes d'uriner avec une sensation de poids et d'oppression dans la vessie. Soulagé par le traitement, il fut perdu de vue pendant une année. Il revint, se plaignant de nausées pénibles, de vomissements, et d'autres symptô-

mes dyspeptiques, en même temps que de la réapparition des anciens symptômes.

On découvrit, dans la région hypogastrique gauche, une petite tumeur qui augmenta rapidement de volume et le malade finit par succomber.

Autopsie. — Abdomen énormément augmenté de volume, depuis l'appendice xyphoïde au pubis. Adhérences partout. On trouva un gros kyste, dont l'origine dans le grand épiploon était évidente. Il contenait une masse sarcomateuse du poids de 15 livres, et renfermait environ 13 litres et demi de liquide. Les ganglions lymphatiques n'étaient pas envahis. La tumeur était un sarcome alvéolaire.

OBSERVATION VI

(DORAN. (Trans. Ob. Society. London, 1882.)

La malade était une femme de 58 ans. Pendant bien des années elle avait souffert de symptômes rappelant ceux des kystes de l'ovaire. Deux ans auparavant, son kyste s'était rompu, puis rempli à nouveau. Il avait été ponctionné plusieurs fois. A l'opération on trouva un gros kyste intimement adhérent au péritoine pariétal, près de l'ombilic, et entièrement renfermé dans le grand épiploon. Guérison.

OBSERVATION VII

(Cette observation due à LEFLAIVE et reproduite par ROUILLER dans sa thèse — kystes hématiques du péritoine — n'est pas donnée comme kyste du grand épiploon. Nous ne la citons que sous réserve.)

L..., 22 ans, domestique. Pas d'antécédents morbides; réglée à 13 ans, régulièrement. Un accouchement normal.

Elle donne peu de détails sur le début de sa maladie.

Au mois d'août 1883, à la suite d'une constipation ayant duré quelques jours, elle éprouva dans le côté gauche des

douleurs gênant la respiration, qui la forcèrent à garder le lit une semaine. Le ventre n'avait pas alors augmenté de volume. Depuis ce moment, les douleurs n'ont jamais complètement disparu. Elle a perdu l'appétit et maigri. Elle est toujours sujette à la constipation et a des vomissements à intervalles éloignés.

En mars 1884, elle s'est aperçue qu'elle portait dans l'hypocondre gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Le 10 mars elle entre à Tenon.

Quatre semaines après, la tumeur ayant notablement augmenté de volume, on pratique une ponction, qui donne un litre de liquide clair, albumineux, sans crochets. Le liquide ne tarde pas à se reproduire et une deuxième ponction amène un liquide semblable au précédent.

Elle passe en chirurgie le 9 juin.

On constate une tumeur développée dans l'hypocondre gauche, le flanc et la moitié supérieure de la fosse iliaque de ce côté et débordant un peu la région médiane vers la droite. La paroi abdominale est peu distendue et nullement modifiée. La tumeur paraît provenir de la partie supérieure et gauche de l'abdomen; à sa partie inférieure, elle se laisse séparer du bassin par la main. Elle est fluctuante, lisse, non bosselée. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal.

La malade a maigri; les règles sont supprimées. Crises douloureuses abdominales.

Elle sort le 21 juin, et rentre à nouveau le 11 août. Son état général est mauvais; l'auscultation démontre qu'elle est manifestement tuberculeuse. Le volume de l'abdomen a beaucoup diminué, mais les douleurs abdominales sont assez vives et presque continues; elle est constipée, pas de vomissements.

Au commencement de septembre elle quitte l'hôpital un peu améliorée. Elle rentre pour la troisième fois le 22 octobre. Huit jours auparavant, dit-elle, pendant qu'elle urinait, elle a ressenti subitement une vive douleur dans l'ab-

domen; depuis ce moment elle a beaucoup souffert dans tout le ventre et elle a été prise de vomissements. Elle n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures.

A son entrée, l'abdomen est ballonné, très douloureux à la pression; vomissements bilieux peu abondants. Facies péritonéal, extrémités froides, cyanosées. Le soir, la situation s'aggrave. Mort le 23 octobre.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen on donne issue à un liquide évidemment hématique, dont la quantité est de 4 ou 5 litres. Le péritoine est épaissi d'une manière générale; des adhérences molles se voient en divers points et particulièrement entre le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure.

A première vue, l'estomac paraît distendu, mais, par un examen plus attentif, on voit qu'une tumeur arrondie, molle, fluctuante, constitue la plus grande partie de cette masse, et que l'estomac aplati est repoussé en haut et en avant.

Le volume de la tumeur est à peu près celui d'une tête de fœtus, mais peut-être était-elle considérable avant que les pressions l'aient en partie vidée. La paroi bien limitée fait corps avec la paroi postérieure de l'estomac et avec le grand épiploon notablement épaissi; elle est nettement indépendante de la rate à gauche, du côlon transverse en bas, du pancréas et de la paroi abdominale en arrière. En haut, elle s'arrête à une certaine distance du foie. Ces rapports nous font admettre que proéminent du côté de l'arrière-cavité des épiploons, elle n'en a pas les limites.

En ouvrant la tumeur on trouve une seule cavité uniquement remplie de caillots cruoriques. A sa partie supérieure, au voisinage de la petite courbure de l'estomac, est un orifice arrondi, admettant l'extrémité du petit doigt et mettant le kyste en communication directe avec la grande cavité péritonéale. Il semble donc qu'une hémorragie se soit produite dans le kyste, en ait déterminé la rupture et ait amené consécutivement une péritonite généralisée.

Sur une coupe intéressant à la fois la paroi postérieure de

l'estomac et la paroi antérieure du kyste, on voit que la paroi fibreuse de celui-ci est immédiatement en contact avec la couche musculuse de l'organe. Il semble que dans les parois rudimentaires du kyste il se soit produit des vaisseaux de nouvelle formation, de structure défectueuse, incapables de résister à la pression sanguine qui s'exerçait à leur intérieur.

OBSERVATION VIII

(GOODING. *The Lancet*. London, 1887.)

Jeune fille de 19 ans. A l'âge de 18 ans, elle remarqua pour la première fois une grosseur du volume d'un œuf de poule, située en bas, dans la fosse iliaque droite. Elle était douloureuse, principalement au moment de la menstruation. Elle se développa graduellement, en remontant vers le haut. Au moment de l'observation, elle était aussi grosse qu'une noix de coco et s'étendait jusqu'à l'ombilic. On fit le diagnostic de kyste de l'ovaire avec long pédicule. Au bout de deux ans, la malade commença à souffrir parfois de vomissements après les repas, et de douleurs lancinantes violentes dans la région de la tumeur et à son pourtour. La tumeur avait beaucoup augmenté. L'opération révéla un kyste entouré par les feuillets de l'épiploon, et fortement adhérent au péritoine pariétal. Il n'y avait pas de pédicule. Quelques mois avant de s'apercevoir de l'existence de sa tumeur, la malade avait reçu un coup violent dans l'estomac. Guérison.

OBSERVATION IX

(SPENCER WELLS. *Brit. Med. Journal*, 1890.)

Fillette de 4 ans, dont l'abdomen a toujours été gros, dès le début de son enfance. Augmentation progressive dans la dernière année. A l'examen, on constate une grosse tu-

neur sous-ombilicale, évidemment kystique. Par la ponction on retire un liquide séreux, sans hydatides, légèrement albumineux. Reproduction du liquide. Diagnostic : kyste de l'ovaire, dont on décide l'ablation. L'opération montre un kyste de l'épiploon, à paroi mince, dans la fosse iliaque droite. Il est adhérent à la paroi abdominale, au cæcum, à l'appendice. Ponction, libération des adhérences, excision d'une partie de l'épiploon. Guérison rapide.

OBSERVATION X

(SECONDE. Société de Chirurgie de Paris, 1893.)

Sans être exceptionnelle, la tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter est cependant assez rare pour mériter votre attention. Il s'agit d'un volumineux kyste du grand épiploon. L'opéré est un ferblantier, robuste et bien constitué, dont les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de spécial. Tout son passé pathologique se résume, en effet, à quelques accès de fièvre intermittente survenus en 1870 et dont il n'a plus été question depuis. Bref, c'est en pleine santé et sans cause appréciable que le mal s'est développé. En juillet dernier, après quelques semaines de malaises mal déterminés avec sensation de pesanteurs à l'épigastre, le malade a vu son abdomen prendre assez vite des dimensions alarmantes. Je crois que M. Lanceux, consulté à cette époque, fit, après ponction exploratrice, le diagnostic de kyste du pancréas. L'accroissement des dimensions abdominales s'accusant chaque jour davantage, le malade est entré dans mon service de la maison de santé le 20 mars.

À cette date j'ai constaté facilement que la distension sus-ombilicale de l'abdomen était causée par une volumineuse tumeur offrant les caractères d'un kyste uniloculaire à contenu liquide, occupant toute la largeur de l'abdomen, dans sa moitié supérieure et descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic,

Cette masse kystique directement appliquée contre la paroi abdominale paraissait peu mobile; sa forme globuleuse se reconnaissait aisément par la palpation, aussi bien que par la percussion, et la matité perçue à son niveau se continuait avec la matité hépatique. J'ajoute que la pression était partout indolente et que la surface du kyste, lisse et régulière, ne laissait percevoir aucune induration. En somme, nous étions, sans doute possible, en présence d'un kyste déposé à froid dans la région supérieure de l'abdomen et se développant avec rapidité sans provoquer ni douleur, ni trouble fonctionnel important.

Dans ces conditions, si je n'avais point connu les résultats de la ponction pratiquée par M. Lancereaux, j'aurais sans doute diagnostiqué un kyste hydatique. Mais sachant, d'une part, que le liquide sanguinolent recueilli par M. Lancereaux condamnait cette hypothèse, et n'ayant, d'autre part, relevé aucun signe qui me permît de croire à un kyste rénal, je me suis rallié au diagnostic un peu vague, mais suffisant, de kyste développé, soit aux dépens du pancréas, soit aux dépens du péritoine. Restait la détermination de la conduite à suivre et celle-ci m'a paru très simple. Le 7 avril, j'ai pratiqué la laparotomie. Une incision médiane sus-ombilicale m'a conduit sur la paroi kystique partout recouverte d'un feuillet épiploïque. Puis, après les précautions pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, j'ai successivement évacué par incision directe 7 litres et demi de liquide contenu dans le kyste, puis énucléé la poche. Celle-ci adhérait dans toute son étendue aux feuillets du grand épiploon, dont elle était comme enveloppée. Il m'a donc fallu les décortiquer à l'aide de mes doigts, et ce travail n'a pas été sans exiger une certaine attention et de nombreuses ligatures perdues. Mais, en fin de compte, tout s'est passé simplement et dix à quinze minutes m'ont suffi pour extraire la totalité de la poche, réséquer les lambeaux d'épiploon trop avarié par le travail de décortication et terminer l'hémostase. J'ai suturé la plaie abdominale sans

drainage; les suites opératoires ont été des plus bénignes et la guérison est aujourd'hui complète.

La tumeur se présente sous la forme d'une vaste poche uniloculaire à parties blanchâtres, fibreuses et peu épaisses. La face interne du kyste est lisse comme une séreuse. La face externe présente, au contraire, par place, les vestiges des adhérences filamenteuses qui l'unissaient partout aux feuillets épiploïques. La poche présente en un seul point de son étendue un épaississement limité, mais très net. A ce niveau, il existe une adhérence fibreuse très résistante, qui unissait le kyste au côlon transverse et qui lui formait ainsi une sorte de court et unique pédicule. Partout ailleurs, la poche n'avait, avec son enveloppe épiploïque, que des adhérences très vasculaires sans doute, mais assez lâches. Était-ce là le foyer d'origine du kyste? Je ne sais. Mais le fait intéressant et positif, c'est que l'examen de la zone épaissie a permis à mon interne, M. Cazin, de déterminer la véritable nature du néoplasme, lequel doit être considéré comme un fibro-sarcome kystique du grand épiploon.

OBSERVATION XI

(BRANDT. *Zentralblatt f. Gynäk.*, 1894.)

Cet auteur observa un cas de kyste du grand épiploon chez une jeune fille de 15 ans. La tumeur s'étendait jusqu'à l'ombilic. Le contenu était un liquide sombre, de couleur presque noire. La paroi kystique se composait d'un tissu plus ou moins riche en cellules, tandis que la surface interne était recouverte par des endothéliums indistincts.

OBSERVATION XII

(ERDHEIM. *Wiener Klin. Rundschau*, 1896.)

Femme de 52 ans. La tumeur est apparue cinq ans auparavant, sans cause appréciable. Elle aurait atteint son développement actuel en quatorze jours, d'après le récit assez

contestable de la malade. Aucune histoire de traumatisme ; mais la malade a souvent fait des travaux pénibles. Diagnostic : kyste de l'ovaire. L'opération révéla un kyste bleuâtre, transparent adhérent sur une large surface, et recouvert par l'épiploon. Il fallut ouvrir le kyste et le vider, avant de pouvoir l'extraire. Il n'y avait de connexion avec aucun des organes pelviens. La tumeur s'étendait du côlon transverse à la vessie. Guérison.

OBSERVATION XIII

(MARFAN. *Presse Médicale*, 1896.)

Gilberte Th..., âgée de 2 ans et demi. Entrée le 19 août 1894. Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels. Développement normal. Cependant sa mère a remarqué que le ventre a toujours été un peu gros. Vers l'âge de 15 mois, l'intumescence abdominale prit des proportions considérables ; l'ombilic se déplissa et fit une saillie notable. Pendant un an le ventre continua à augmenter de volume, progressivement, sans altération de la santé générale, sans fièvre. Fonctions digestives toujours excellentes. Jamais l'enfant ne se plaint d'avoir mal au ventre.

En août 1894, la mère trouve que sa fillette maigrit, et la conduit à l'hôpital où elle est admise.

Examen. — Dimensions énormes du ventre, contrastant avec la gracilité des membres ; visage pâle et traits un peu tirés.

Peau de l'abdomen lisse, tendue, sans dilatations veineuses ; ombilic déplissé, formant une hernie réductible sans gargouillement. Matité dans toute l'étendue du ventre, sauf à la région épigastrique, sensation de flot : donc diagnostic d'ascite. Quelle en était la cause ? Pas de signes de tuberculose ; température normale ; pas d'albumine dans les urines ; diagnostic en suspens.

Deux jours après l'entrée, 21 août, on remarque que la respiration est fréquente et difficile ; pouls un peu faible

et quelques irrégularités du rythme cardiaque. On en conclut que le liquide abdominal a augmenté et exerce une compression sur le diaphragme, assez forte pour gêner les fonctions du cœur et des poumons. On se décide à faire une ponction, qui donne issue à deux litres environ de liquide hémorragique, noirâtre, comparable à du café, avec des cristaux visibles à la surface et dans le fond du vase.

Le liquide, examiné, montre des globules rouges altérés, de grandes cellules plates arrondies, renfermant des granulations graisseuses, et enfin de nombreux cristaux.

Après la ponction, on ne perçoit dans le ventre affaissé aucune tuméfaction, mais il est certain qu'il reste encore une certaine quantité de liquide. Les jours suivants, amélioration manifeste. L'embonpoint revient un peu et toutes les fonctions sont intactes. Cependant, le ventre augmente de nouveau lentement et progressivement.

Le 30 octobre, il est extrêmement tendu; puis la température monte à 39°, à 40° et à 40°2 les jours suivants. Respiration gênée. Le 3 novembre, nouvelle ponction. Liquide moins noir ayant la couleur d'une urine icérique. Le ventre diminue, mais l'enfant maigrit. Le Dr Brun, chirurgien, propose une laparotomie exploratrice, et, peut-être, curatrice, le diagnostic ne pouvant être fait.

Incision : issue d'une grande quantité de liquide verdâtre, un litre environ. Le liquide évacué, on aperçoit une poche dont la paroi sillonnée de nombreux vaisseaux est d'un rouge violacé, mince, un peu transparente. Il s'agit d'un kyste, qui crève du reste spontanément, laissant écouler une sérosité sanguinolente.

En libérant la tumeur de quelques adhérences lâches, M. Brun isole de la cavité abdominale un kyste énorme, d'apparence multiloculaire, ne tenant plus que par un pédicule qui est situé vers la partie supérieure du ventre. Entre deux poches ou kystes se trouve une petite cavité tapissée de fausses membranes et remplie de débris fibrineux; sans doute, c'est à ce petit foyer de péritonite qu'est due la pous-

sée fébrile qui a précédé la seconde ponction. En cherchant à isoler le pédicule on est conduit jusqu'à la rate et à l'estomac, et alors les connexions du kyste deviennent évidentes : ce qu'on a sous les yeux, c'est le grand épiploon lui-même, transformé en kyste multiloculaire. Le pédicule est lié sur une pince ; un fil est laissé dans le ventre. Suture de la paroi abdominale ; pansement. Suites de l'opération simples : trois semaines après l'enfant se levait et jouait.

Examen de la tumeur. — Volume de gros œuf d'autruche. C'est un kyste à plusieurs loges ; toutes les loges sont réunies par du tissu conjonctif assez serré et sont comme suspendues à un pédicule volumineux, gros comme le doigt environ. Par ce pédicule la tumeur attachait à la grande courbure de l'estomac et de la rate. Dix à quinze poches de taille inégale. Coloration de la tumeur assez spéciale : rouge vif, rappelant absolument la coloration des anses intestinales étranglées dans une hernie. En aucun point il n'existe de masse solide pouvant faire penser à un néoplasme qui aurait subi la dégénérescence kystique.

Examen histologique. — Des coupes ont été faites en deux régions de la tumeur :

1° Dans la partie avoisinant le pédicule, on a examiné la paroi de plusieurs kystes. Elle est formée de tissu conjonctif déjà adulte, avec des fibres élastiques. De nombreuses cellules embryonnaires infiltrent ce tissu. En certains points ces cellules forment en se rassemblant en îlots de véritables amas lymphoïdes. Il existe également une assez notable quantité de cellules graisseuses. Veines et artères pas altérées. Une seule chose paraît à signaler : c'est la présence à la surface interne des kystes d'une couche continue de fibres musculaires lisses, se trouvant situées immédiatement sous les éléments conjonctifs, qui forment le revêtement interne.

2° La paroi d'un des gros kystes de la partie inférieure de la tumeur, examinée comparativement, a montré la même structure, mais avec une couche musculaire discontinue, et

on a presque sous le microscope l'aspect que donnerait une coupe faite dans un point quelconque du grand épiploon.

En résumé, cet examen ne permet en aucune façon de rattacher le développement de cette tumeur polykystique à un processus histologique bien défini. Il s'agit là d'un kyste séro-sanguin du grand épiploon d'origine probablement congénitale. Il est sans doute analogue aux kystes du mésentère, dont on connaît un certain nombre d'observations.

La malade a été revue quatorze mois après; la palpation la plus minutieuse ne permet pas de découvrir aucune trace de l'affection ancienne.

OBSERVATION XIV

(JESSETT. *Brit. Gynec. Journal*, 1896.)

Femme adulte. On avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. L'opération montra un kyste dans les replis du grand épiploon. Il était adhérent à sa partie supérieure et contenait une certaine quantité de cholestérine. Guérison.

OBSERVATION XV

(HEARN. *Annals of Surgery*, 1897.)

Enfant âgé de 8 ans. A sa naissance, le médecin remarqua que l'abdomen était élargi d'une manière notable. Cette augmentation de volume s'atténua à six semaines, et ne fut pas particulièrement perceptible jusqu'à l'âge de 4 ans, époque à laquelle l'abdomen recommença à se développer. Pendant ce temps, l'enfant jouissait d'une bonne santé. On fit une ponction, mais le liquide se renouvela, avec assez de rapidité, en dernier lieu. Il existait alors de la dyspnée et des mictions fréquentes. L'abdomen était devenu énorme, mesurant 1 m. 10 de circonférence. On soupçonna un kyste de l'épiploon, à cause du manque de symptômes ou d'autres troubles. L'opération montra un kyste contenant un liquide

verdâtre et foncé, ainsi que de nombreux autres kystes. Après en avoir évacué un grand nombre, la masse fut entraînée au dehors, et on trouva qu'elle était rattachée au grand épiploon, entre les feuillets duquel elle s'était développée. Elle pesait environ 50 livres. Guérison.

OBSERVATION XVI

BERGMANN. *St-Peters. med. Woch.*, 1897.)

Homme, âgé de 50 ans. Un an et huit mois avant de se présenter à l'observation de Bergmann, il remarqua une légère tuméfaction à l'épigastre qui ne lui causait cependant pas de douleur. Près d'un an plus tard, l'abdomen augmenta rapidement de volume, ce qui l'inquiéta beaucoup. On l'examina plusieurs fois, on fit même une ponction, mais finalement on le congédia, après lui avoir prescrit une médication interne. Par la suite, la dysenterie s'associa aux symptômes précédents, et, à la fin du mois de mai 1896, le malade fut admis à l'hôpital de Riga, où on lui pratiqua deux ponctions successives. Il sortit environ 400 cc. de liquide hémattique. Cela ne rendait pas possible un diagnostic exact, et on transporta le malade dans le service chirurgical du même hôpital, pour procéder à une laparotomie exploratrice. Extrêmement amaigri et anémique, il présentait un abdomen très volumineux, dont la circonférence au niveau de l'ombilic était de 108 centimètres. Le flanc gauche était plus bombé que le droit. A la percussion, matité partout. Cœur et poumons sains. Dans l'urine, pas de principes pathologiques. Le 12 juin, laparotomie.

On trouva, dans la cavité abdominale, qui contenait une petite quantité de liquide ascitique, une énorme tumeur kystique, mobile dans tous les sens, sauf vers le haut, où elle était fortement fixée. Après deux ponctions faites en deux points différents de la tumeur, une grande quantité de liquide séro-hémattique sortit. Il était séro-hémattique la première fois, et jaune foncé sans contenu sanguin la deuxième

me fois. Après incision des adhérences épiploïques, la tumeur fut extirpée facilement, mais on attirait en même temps l'estomac, parce que son extrémité supérieure adhérait à la grande courbure de l'estomac vers la région pylorique. Pour les séparer, il fallut inciser toute l'épaisseur de la paroi de l'estomac sur une longueur de 7 centimètres. La plaie ainsi formée fut fermée par une suture à trois plans.

L'examen de la cavité abdominale montra que de l'épiploon n'étaient restés que des moignons ligaturés près du côlon transverse et de la grande courbure de l'estomac. La plaie abdominale fut fermée. Les suites se passèrent presque sans fièvre. Le 10 juillet, le malade quitta l'hôpital.

La tumeur extirpée était un kyste multiloculaire à parois fines, contenant 9 litres de liquide transparent, jaune foncé ; dans une cavité seulement il était d'aspect hématique, probablement à cause des paracentèses antérieures. La capsule de la tumeur présentait partout des parois très fines, sauf dans sa partie supérieure. Elle était là, par contre, très épaisse, à peu près de 3 centimètres, sur la largeur d'une paume de main et la surface de section présentait une coloration brun rouge. Vers le milieu de cette zone, la paroi gastrique était si étroitement adhérente à la tumeur, qu'à la section on ne pouvait pas trouver les limites entre le revêtement séreux de l'estomac et la tumeur. La muqueuse de l'estomac n'était pas atteinte par la néoformation.

Il faut donc considérer la tumeur extirpée comme un kyste multiloculaire de l'épiploon ayant subi une dégénérescence maligne dans sa partie supérieure.

L'examen microscopique montra qu'on avait affaire à un « endothélioma carcinomatosum ». Mais la pièce fut perdue, ce qui empêcha d'en faire une étude détaillée anatomo-pathologique. Le malade, revu deux mois et demi après, était rétabli presque complètement.

OBSERVATION XVII

(BRAITHWAITE. *Th. Lancet*. London. 1898.)

Petite fille de 4 ans, amenée en décembre 1897, à cause du volume de son ventre. L'abdomen contenait clairement une grande quantité de liquide. Comme il était placé en avant des intestins, il était présumable qu'il se trouvait enkysté. En effet, l'ensemble de l'abdomen était mat en avant, excepté sur une étendue de 3 pouces environ au-dessous du sternum. Les deux flancs étaient sonores. Le moindre contact produisait une vague fluide d'un côté à l'autre. On pouvait donc penser que le liquide était très mobile et que le kyste était uniloculaire. L'abdomen mesurait 56 centimètres de pourtour au niveau de l'ombilic. D'ailleurs, l'enfant paraissait être en bonne santé et les parents disaient qu'elle était « très turbulente ». A l'opération, on trouva, dans le grand épiploon, un kyste, qui fut enlevé sans difficulté, à part une adhérence à l'intestin. Il contenait 3 litres et demi de liquide, clair et séreux. L'enfant se guérit rapidement et d'une manière satisfaisante.

Le kyste une fois vidé et revenu sur lui-même est du volume d'une grosse noix de coco. Les parois sont fermes, mais au moment de l'opération, quand le liquide les distendait, elles étaient minces et présentaient cette couleur bleuâtre, que l'on voit dans un kyste ovarique ordinaire. Il est impossible à l'examen de dire quelle est son origine. En dehors de ce gros kyste il y en avait plusieurs autres petits. Aucun ne dépassait le volume d'une noix.

Deux ans auparavant on avait remarqué que le corps de l'enfant présentait des contusions, dont on ne put déterminer la cause. Peut-être ce fait a-t-il eu une certaine influence sur l'origine de la tumeur.

OBSERVATION XVIII

(JACOBI. *Trans. Am. Phys.*, 1901.)

Petite fille de 7 ans. Depuis quatre ans, l'abdomen avait commencé à se développer et l'enfant s'était amaigrie. On fit le diagnostic d'ascite tuberculeuse et 2 litres un quart de sérosité claire, légèrement hématique, furent retirés. Deux ans après, l'intumescence abdominale était devenue à nouveau évidente, et l'on fit une seconde ponction. Puis on décida d'intervenir. L'opération révéla un kyste multiloculaire, à parois très minces, contenant environ 2 litres et demi de liquide. Il était incorporé dans le grand épiploon, dont il comprenait la plus grande partie et qui se resserait en deux pédicules en se rapprochant de l'estomac. Guérison.

OBSERVATION XIX

(MARSH et MONSARRAT. *Br. med. Jour.*, 1901.)

Petite fille de 1 an et 8 mois, admise le 31 janvier 1899. Quatre mois auparavant environ, la mère remarqua que son abdomen était augmenté de volume. La petite malade fut examinée à cette époque; elle ne souffrait pas. Le ventre, largement distendu par ce qui paraissait être un liquide libre, mesurait 58 centimètres de circonférence à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Organes thoraciques sains, appétit bon, selles régulières, urine normale.

On pensa qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse. Première ponction le 8 mars 1899. Le liquide retiré était de couleur brun foncé, et contenait un peu de sang. Le 16 novembre, l'enfant se plaignit de douleurs dans le ventre et perdit l'appétit. Nouvelle ponction, puis départ de l'hôpital.

Elle est admise à nouveau le 7 août 1900. La santé générale était bonne, l'appétit excellent. Pas de douleurs. Nouvelle ponction.

Admise en dernier lieu le 26 octobre 1900. Elle était alors anémique. Les selles étaient régulières, l'appétit bon, le sommeil calme. Nouvelles ponctions. Le liquide contenait du sang et un grand nombre de cristaux de cholestérine.

Après que le liquide eût été retiré, on remarqua que le flanc gauche était sonore comparativement au flanc droit, l'enfant étant couchée sur le dos. Il était évident que le liquide n'était pas libre dans la cavité abdominale. On discuta la possibilité de l'existence d'une tumeur kystique de nature quelconque, et il fut décidé d'ouvrir l'abdomen. L'opération eut lieu le 1^{er} novembre. A l'ouverture du péritoine, un kyste à paroi mince se présenta immédiatement. Il était de couleur rouge foncé et montrait de nombreux vaisseaux courant sur sa paroi. Une fois ponctionnée et attirée en avant, on trouva que la tumeur se composait d'un gros kyste et de plusieurs autres petits. Quelques-uns de ces derniers durent être ponctionnés avant de pouvoir être extraits. Lorsque la plus grande partie de la masse eût été retirée de l'abdomen, on trouva deux adhérences, l'une dans la fosse iliaque droite, l'autre, constituant un large pédicule à la masse entière, était formée par l'attache de l'épiploon à la grande courbure de l'estomac. Les adhérences dans la fosse iliaque droite furent coupées aux ciseaux. Puis l'épiploon fut lié en sections le long de la grande courbure et la tumeur libérée. Fermeture du ventre. Suites opératoires normales.

Le 15 novembre, la malade quittait l'hôpital. Elle fut revue un mois après, et rien d'anormal ne put être découvert dans son abdomen. L'appétit était bon, les selles régulières, et il n'y avait pas trace de l'anémie qui existait avant l'opération.

Examen de la pièce. — Il s'agissait d'un gros kyste à paroi mince, capable de contenir environ 5 litres et demi de liquide et un grand nombre de kystes indépendants plus petits. Dans ces derniers, il y avait une sérosité claire, mais dans tous les autres plus grands, elle était fortement

teintée par le sang. Sur tout le pourtour des parois des kystes et spécialement du grand kyste, il y avait de nombreux vaisseaux tortueux, ramifiés et anastomosés. L'intervalle entre le bord supérieur de la masse et la grande courbure de l'estomac était d'environ 3 à 5 centimètres.

Histologiquement, la paroi du plus grand kyste montrait à l'extérieur un revêtement endothélial, à l'intérieur une couche de fin tissu conjonctif contenant de nombreux vaisseaux sanguins. Les parois des kystes plus petits montraient la même structure, mais la couche de tissu conjonctif était représentée par une assise bien marquée de tissu fibreux. Le soutien donné aux vaisseaux sanguins était donc plus solide que dans le grand kyste, où les vaisseaux étaient gros et à paroi mince.

OBSERVATION XX

(COTMAN. *Brit. med. Journ.*, 1902.)

F..., 21 ans, envoyé à l'hôpital le 23 décembre 1901, pour obstruction intestinale.

Le 21 septembre le malade avait reçu un coup violent dans l'abdomen. Cet accident l'empêcha de travailler pendant cinq semaines. Il reprit ensuite son travail, mais il se plaignait parfois d'une « boule dans l'estomac ». Le 1^{er} décembre, il fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il resta en traitement, mais depuis le 18 décembre jusqu'au jour de son admission à l'hôpital (23 décembre) il n'alla pas à la selle.

Etat au moment de l'admission. — Le malade était très amaigri, les yeux enfoncés. L'abdomen était distendu, et à droite, à 2 centimètres et demi au-dessus de l'ombilic, il y avait un renflement ovalaire, légèrement sonore, bien franchement mobile. Les bruits du cœur n'étaient pas normaux ; il y avait un double souffle aortique et un souffle mitral. L'urine contenait de l'albumine.

Le malade fut endormi à l'éther, et sous l'anesthésie, le renflement de droite disparut, mais une surface définie et mate apparut dans l'hypocondre gauche, légèrement mobile et apparemment un peu proche de la surface de l'abdomen. On ne sentait rien au toucher rectal. Il n'y avait évidemment pas d'obstruction intestinale, et le malade fut purgé. En examinant ensuite l'abdomen, nous fûmes surpris de trouver que le renflement, qui était maintenant définitivement à gauche de la ligne médiane, présentait des pulsations, avec un véritable mouvement d'expansion, et l'on fit un diagnostic incertain d'anévrysme abdominal. Les jours suivants le malade eut des vomissements fréquents. Les matières rendues étaient semblables à celles qui proviennent d'un estomac dilaté. La tumeur était plus large, mais moins pulsatile. Le 4 janvier, on décida d'intervenir, étant donnée la persistance des vomissements.

Après ouverture de la cavité abdominale, une grosse tumeur se présenta, qui battait franchement. En l'examinant, on reconnut que l'estomac était abaissé, avec l'épiploon roulé sous lui. L'estomac fut alors remonté à sa position normale, et l'on tenta de libérer la tumeur. Mais au cours de ces tentatives, elle fut rompue, et il s'échappa une quantité de liquide clair, semblable à du blanc d'œuf, et d'odeur acide, analogue à celle de matières vomies. Pendant que la tumeur se vidait, on vit sortir quelques fragments, ressemblant à du contenu gastrique. Un examen fut donc fait pour voir s'il y avait une ouverture fistuleuse entre l'estomac et la tumeur. A la face postérieure de l'estomac, vers son milieu, et à 5 centimètres du pylore, on trouva une ouverture irrégulière en forme de fente. Elle était parallèle au grand axe de l'estomac, et s'ouvrait dans la tumeur, avec laquelle elle communiquait. Ses bords étaient arrondis et lisses, et admettaient facilement le bout du doigt. L'ouverture stomacale fut fermée par des sutures à la Lembert, après avivement des bords. La tumeur fut alors examinée, et l'on trouva que c'était un kyste hématique entre les feuil-

lets du grand épiploon. Il faisait saillie dans l'arrière-cavité péritonéale. Comme le malade allait en s'affaiblissant, on décida de rentrer le kyste et de suturer ses parois à la plaie abdominale, ce qui fut fait. Le malade fut remis dans son lit, mais il succomba quelques heures plus tard.

Autopsie. — Le kyste était de dimensions suffisantes pour admettre le poing. Ses parois étaient épaisses et extrêmement pigmentées. Les autres viscères abdominaux étaient sains, mais on trouva des végétations sur les valvules sigmoïdes de l'aorte, et les fortes pulsations de l'aorte étaient dues, sans aucun doute, aux lésions valvulaires existantes.

Remarques de l'auteur. — Deux théories peuvent être données pour expliquer cette affection. L'une, c'est qu'il existait au préalable un ulcère de l'estomac, d'où perforation de cet organe, qui produisit un kyste péritonéal au lieu d'une péritonite diffuse. L'autre, c'est que lors du traumatisme, un des vaisseaux de la paroi stomacale se rompit : un kyste hématique se forma, et, par la suite, à cause de la lésion du viscère à cet endroit, ses tuniques s'ulcérèrent et une communication fut établie entre l'estomac et le kyste. L'absence complète de tout symptôme antérieur d'ulcère gastrique est en faveur de cette dernière hypothèse.

OBSERVATION XXI

(WAGENER. *Nederl. Tijdsch. v. Gen.*, 1902.

Wagener eut l'occasion d'examiner une tumeur qui se trouvait dans le grand épiploon, entre l'estomac et le colon transverse. Elle se composait de différentes cavités et contenait un liquide hématique. La paroi des cavités était formée de tissu conjonctif, au milieu duquel se trouvaient de nombreux follicules lymphatiques. Les plus petites cavités étaient revêtues d'endothélium.

Wagener pense qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION XXII

(SCHRAMM. *Zentralbl. f. Chir.*, 1903.)

Petite fille d'un an, amenée à l'hôpital à cause de l'accroissement de son ventre. D'après la mère, le début remonterait à quatre mois, et le développement de l'abdomen aurait été lent et progressif. Il n'y avait d'abord aucun trouble, et c'est seulement dans les derniers jours qu'apparurent du manque d'appétit, de la constipation et des vomissements répétés. A l'examen : bon aspect général; poumons et cœur sains; ganglions lymphatiques non hypertrophiés; ventre très volumineux et uniformément développé; circonférence à l'ombilic : 91 centimètres. L'ombilic s'élève au-dessus de la paroi, en forme d'une petite tumeur molle et dont le contenu se laisse refouler dans la cavité abdominale par une douce pression. Dans les deux régions répondant au canal inguinal, on trouve deux tuméfactions de la grosseur d'un œuf d'oie, et pouvant être légèrement déplacées. Matité à la percussion, sur toute l'étendue de l'abdomen; partout fluctuation très nette. On s'arrêta au diagnostic d'inflammation tuberculeuse du péritoine avec volumineux épanchement, lequel repoussait l'ombilic et les deux anneaux inguinaux en simulant des hernies.

Le 14 mai, je procédai à l'ouverture de la cavité abdominale. Après incision du feuillet pariétal du péritoine, aucune goutte de liquide ne s'écoula; par contre, une formation ressemblant à un kyste se présenta dans la plaie. Celle-ci fut agrandie de 15 centimètres environ vers le bas, et tout l'épiploon, qui présentait une agglomération de kystes variant du volume d'une noix à celui des deux poings, apparut. On reconnut en outre que les tumeurs dans les régions inguinales étaient formées par la pénétration de parties de l'épiploon ayant subi la dégénérescence kystique. La partie supérieure de l'épiploon était saine. On plaça donc là une double rangée de ligatures, et entre elles, l'épiploon fut sé-

paré. La formation, qui avait été retirée, assez semblable à une grappe de raisins gigantesque, était à peu près du volume de deux têtes d'hommes. Il n'y avait pas d'adhérences, ni à l'intestin ni à la paroi abdominale.

L'évolution ultérieure fut absolument normale. Treize jours après l'opération, l'enfant quittait l'hôpital et suivant les nouvelles obtenues par la suite, elle resta tout à fait en bonne santé.

Eramen de la pièce. — A un examen plus attentif, j'ai pu me convaincre que la plus grande partie des kystes sont en relation les uns avec les autres par des ouvertures étroites. Quelques kystes plus petits, placés particulièrement à la périphérie, sont complètement séparés. Ils sont cependant étroitement accolés aux autres, en sorte qu'on ne trouve nulle part de tissu épiploïque normal, à l'exception de la bordure supérieure. Le liquide des kystes était clair, légèrement rosé. Il contenait beaucoup d'albumine, de nombreux globules blancs et de rares globules rouges. Les parois des kystes étaient très minces. Elles se composaient seulement du simple feuillet épiploïque. Nulle part, on ne pouvait démontrer une paroi kystique propre.

OBSERVATION XXIII

Boyd. *Clinical Journal*. London, 1903.

Jeune garçon de 11 ans. Rien dans les antécédents familiaux. S'est toujours bien porté jusqu'au mois de janvier de l'année présente. Son mal débuta par des vomissements, de la perte d'appétit et de l'impossibilité pour courir, parce qu'il se sentait trop fatigué. Son ventre commença à grossir à cette époque, et il continua d'augmenter d'une manière régulière. L'enfant ressentait une douleur continuelle dans le bas-ventre, mais jamais bien violente. Il avait beaucoup maigri. On fit le diagnostic d'ascite tuberculeuse, ou bien kyste du rein gauche. L'opération révéla un gros kyste

à paroi mince, recouvert par le grand épiploon, dont il occupait la cavité. On retira 7 litres environ de liquide brun verdâtre. Guérison.

OBSERVATION XXIV

(LANCE et LEGÈNE. Soc. anatomique de Paris, 1903.)

Dame de 60 ans, opérée par M. Ricard. Depuis quatre ans, elle s'était aperçue d'une tumeur abdominale qui grossissait lentement. Douleurs depuis un an seulement. La masse étant devenue volumineuse, constipation, troubles légers de la miction. A l'examen : masse polykystique volumineuse de la dimension d'un utérus à terme. A côté de la masse nettement fluctuante, on en trouve d'autres très dures. La tumeur est indépendante de l'utérus, dont elle est séparée par un sillon. L'utérus est antéfléchi et légèrement descendu. Diagnostic : kyste multiloculaire de l'ovaire.

A l'opération on trouva une grosse masse contenant 7 à 10 litres de liquide, jaune citrin, épais. Ces kystes siégeaient dans le grand épiploon. Les annexes étaient normales. Guérison.

A l'examen, les parois du kyste étaient irrégulières ; minces sur certains points, elles présentaient sur d'autres des épaississements. A la surface on trouvait plusieurs petits kystes inflammatoires pédiculés.

L'examen histologique porta sur un fragment de la paroi d'un des kystes non ouverts. Cette paroi était constituée de la façon suivante : une couche très épaisse de tissu conjonctif dense, bien vascularisé, formé de faisceaux de fibres conjonctives adultes avec très peu de cellules. La face externe du kyste était recouverte par la séreuse péritonéale, montrant sur les coupes son endothélium aplati. La face interne du kyste était presque partout constituée simplement par le tissu conjonctif de la paroi, infiltré de cristaux de cholestérine et d'hématoïdine. Au voisinage de ces amas, on rencontra de grosses cellules du tissu conjonctif et des

macrophages bourrés de pigment jaune rougeâtre. En un seul point, au niveau d'une sorte de villosité conjonctive saillante à la face externe du kyste on rencontra un très bel épithélium en palissade. Les cellules renfermaient toutes un noyau bien coloré, situé à la base de la cellule; le protoplasma était clair et renfermait du mucus vers le pôle libre de la cellule; sur certaines cellules, le mucus étant excrété, on voyait une dépression cupuliforme. Cet épithélium rappelait tout à fait celui que l'on trouve dans les épithéliomas mucoides de l'ovaire et dans les tumeurs villeuses de l'intestin. Il est donc certain qu'il ne s'agit pas ici d'un kyste séreux dont le revêtement aurait été endothélial, mais d'un kyste revêtu d'épithélium cylindrique calciforme, dont l'origine reste inconnue.

OBSERVATION XXV

(YOUNG. *The Lancet*. London, 1905.)

Petite fille de 9 ans et demi. Sa mère avait remarqué depuis plus d'un an, que son ventre était réellement volumineux, mais elle avait l'idée qu'il avait toujours été gros et saillant depuis l'enfance. L'enfant ne souffrait pas, mais elle se fatiguait facilement et était rapidement à bout de souffle. Elle était fort amaigrie de la poitrine, des bras et des jambes. L'appétit était cependant bon, ainsi que les digestions, et les selles régulières. La température était normale et l'urine ne contenait pas d'albumine.

A l'examen, on voyait le ventre distendu, presque uniformément, mais probablement davantage dans la région épigastrique. Des veines dilatées se remarquaient à sa surface. Il était ferme, de consistance élastique; il n'y avait de dureté ou de rigidité nulle part. A la percussion, la matité était complète dans toute son étendue. En faisant placer la malade sur l'un ou l'autre côté, on n'obtenait pas de différence; de même, dans la position debout, on n'obtenait pas

autre chose qu'un son mat à l'épigastre. La fluctuation était évidente, et une sensation de flot très nette rendait certain qu'il s'agissait de liquide. J'étais embarrassé pour accorder ces faits, mais je pensai que la cavité abdominale était complètement pleine, ce qui pouvait les expliquer.

Comme la respiration de l'enfant devenait difficile, une opération fut décidée. Je ne pouvais penser à rien de plus vraisemblable qu'à de la tuberculose péritonéale.

Une petite incision fut faite sur la ligne médiane et le péritoine fut ouvert. Il apparut alors quelque chose de semblable à une anse intestinale en voie de gangrène, mais il ne sortit pas de liquide. Prolongeant l'incision en haut jusqu'à l'ombilic et en bas jusqu'au voisinage du pubis, je vis d'une façon évidente, en introduisant la main, que j'avais affaire à une affection kystique, certainement un kyste multiloculaire. Je l'incisai donc, et un jet de liquide suivit, de couleur brun foncé, mélange évident de sang et de sérosité. Après avoir débarrassé la cavité d'une bonne quantité de liquide, je pus introduire la main tout entière et sentir l'étendue de la tumeur. Je trouvai qu'elle s'étendait depuis l'estomac, commençant vers le pylore et suivant la grande courbure, jusqu'à la rate. L'épiploon gastro-splénique consistait en une vaste poche. L'enfant se mit à souffrir beaucoup sous l'anesthésie à l'éther, et comme l'aide qui anesthésiait donnait de très mauvais renseignements sur le pouls, comme d'autre part la tâche qui consistait à enlever la masse entière était des plus difficiles, je crus préférable de suturer une partie de la paroi kystique sur une étendue de 5 centimètres au-dessus du niveau de l'ombilic.

J'avais reconnu nettement auparavant que les kystes de couleur pourpre sombre qui entouraient l'estomac étaient bien situés dans le grand épiploon. Les organes dans le bassin étaient tout à fait normaux.

Le liquide retiré était d'environ 16 litres. Malheureusement, il ne fut pas examiné, non plus que la paroi kystique.

La petite malade, fort affaiblie après l'opération, se re-

mit bientôt. Pendant les sept premiers jours, elle alla bien. Le pouls était bon, la température normale et la nourriture était bien prise. Vers le huitième jour, la température commença à monter, et elle resta continuellement élevée pendant les dix-huit jours suivants. Pendant ce temps, la matité dans l'hypocondre gauche et à l'épigastre augmenta d'étendue; les kystes bordant l'estomac, et spécialement celui qui était dans l'épiploon gastro-splénique se développèrent avec rapidité. L'abdomen était inégalement saillant. L'enfant prenait peu de nourriture et elle devint d'une maigreur effrayante.

Pendant les six semaines suivantes, la température retomba peu à peu à la normale. L'appétit revint, le pouls était moins rapide, et trois mois après l'opération, la malade était comparativement bien. Fait curieux : en percutant l'abdomen, vers la sixième semaine, il y avait de la sonorité partout; je ne pus trouver aucune trace de kyste. Le ventre avait beaucoup diminué de volume, et cette diminution s'accrut de plus en plus.

Par suite d'un développement trop rapide le kyste s'était-il rompu, et le liquide avait-il été résorbé? Cela rendait-il compte des températures élevées? En tout cas, l'enfant allait bien, et après deux mois de convalescence elle rentra chez elle en bonne santé, et ceci en contraste avec son état antérieur, d'autant plus que depuis son enfance elle avait été pâle, maigre et chétive.

Longtemps après l'opération on apprit un fait indiquant qu'il s'agissait certainement d'un cas congénital. Il paraît que quatre ans et demi auparavant, alors qu'elle était en traitement à l'hôpital pour scarlatine, les infirmières furent surprises du volume du ventre de l'enfant et le remarquèrent.

OBSERVATION XXVI

(*FORT. An. of Surgery*, 1907.)

Petite fille de 2 ans et demi. N'a jamais présenté aucune maladie, à part deux crises d'embarras gastrique, qui ont duré chacune plusieurs jours. L'augmentation de volume de l'abdomen fut remarqué par la mère dix-huit mois auparavant. La circonférence à l'ombilic est actuellement de 70 centimètres. La santé générale et l'appétit sont bons, aucun symptôme attribuable à l'état de l'abdomen, sauf un peu de dyspnée dans les mouvements.

A l'examen : grande distension de l'abdomen, dilatation des veines sous-cutanées, matité complète à la percussion. Nulle part il n'existe de sonorité. Partout fluctuation et sensation de flot nettes. Pouls 100, température et urines normales.

Par la ponction on retira 3 litres environ de liquide hématisé foncé. Puis on décide d'intervenir. A l'ouverture du péritoine, une tumeur brillante et sombre se présenta immédiatement. Elle avait l'apparence d'une anse intestinale distendue et en voie de gangrène. Par suite de son état flasque, cette tumeur fut extraite sans rupture par l'incision. On trouva que c'était une collection liquide s'étendant depuis le pylore à droite, en longeant la grande courbure de l'estomac, jusqu'aux replis de l'épiploon gastro-splénique inclusivement. Une ligature en chaîne fut appliquée de droite à gauche, renfermant le grand épiploon et l'épiploon gastro-splénique. Il n'y avait pas d'adhérences, en sorte que l'opération fut rapidement terminée. La guérison se fit sans complication et l'enfant quitta l'hôpital en bon état de santé au bout de deux semaines.

L'examen de la pièce montra l'absence d'une capsule distincte, le liquide étant entre les replis du grand épiploon. Il y avait absence de graisse dans l'épiploon, mais la vascularisation du tablier épiploïque était grande. L'orifice fait

par l'aspirateur cinq jours auparavant ne s'était pas fermé. Il n'y avait cependant pas de liquide récent dans la cavité abdominale, l'absorption ayant été tout à fait en proportion de l'écoulement.

Le liquide avait comme poids spécifique 1.007 grammes. Il contenait de l'albumine et de nombreux globules sanguins dégénérés.

OBSERVATION XXVII

HASBROUCK. *An. of Surgery*, 1908.

Femme de 50 ans. Un an auparavant environ, elle remarqua, dans la partie inférieure du ventre, une grosseur qui augmenta graduellement jusqu'à ce que l'abdomen fût devenu énorme. La respiration était très gênée, et il existait une constipation opiniâtre. La malade ne trouvait rien dans ses souvenirs qui fût la cause possible de cette affection, si ce n'est des coups répétés sur l'abdomen, donnés par un petit enfant qui venait frapper sa tête contre elle, au cours de ses jeux. Quelquefois la tumeur la faisait un peu souffrir, mais jamais d'une manière violente. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'apparition de la tumeur. Les principales malaises résultaient du grand poids de la tumeur, de la gêne respiratoire, des envies fréquentes d'uriner et de la constipation.

L'examen montrait l'abdomen d'un volume énorme, distendu apparemment presque au point d'éclater. Tumeur fluctuante. Murmure vésiculaire diminué. Toucher vaginal ne donnant pas de renseignements. Diagnostic : kyste multiloculaire de l'ovaire.

Opération. — Incision passant pas le grand droit. Paroi abdominale très mince, ne dépassant pas 7 millimètres, y compris toutes les couches. Immédiatement à l'ouverture du péritoine la tumeur se présente, de couleur foncée, blanc bleuâtre. Un trocart plongé dans son intérieur ramena un

de demi-litre de liquide environ. Il y avait aussi une petite quantité de liquide ascitique en dehors de la tumeur. Elle était semi-solide et occupait la cavité abdominale entière excepté l'excavation pelvienne. Aucune connection avec l'utérus, les ovaires ou les trompes. La masse entière était complètement enveloppée par le grand épiploon, et se trouvait en avant des intestins. Les veines de l'épiploon énormément dilatées, formaient un réseau enveloppant complètement la tumeur. Le côlon transverse était repoussé en bas presque jusqu'à la symphyse du pubis. Il y avait très peu d'adhérences. Elles étaient pour la plupart fort peu résistantes et furent facilement rompues.

Il y avait une bande fibreuse très solide fixée à la paroi abdominale en avant, et une autre, résistante, presque semblable à un pédicule, rattachée à l'estomac, et qui n'était qu'une adhérence épaisse. La paroi de l'estomac fut légèrement déchirée pendant la libération de cette adhérence. Il y avait également des adhérences épaisses au mésocôlon.

Comme il était impossible de faire sortir la tumeur à cause de son gros volume et de son contenu solide, elle fut incisée, et l'on vit à son intérieur de nombreux kystes plus petits et une énorme quantité de caillots sanguins, qui furent retirés. L'extraction de la tumeur fut alors possible. Il n'y avait pas de pédicule.

Le foie était très atrophié, par suite d'une compression longtemps continuée. Il était pâle et anémique. Après ligature de nombreux points de l'épiploon qui saignaient l'abdomen fut refermé.

La malade supporta bien l'opération et la guérison se fit sans incident.

Examen de la pièce. — La tumeur extraite pesait 8 livres, et avant d'être vidée de son contenu elle ne pesait probablement pas loin de 40 livres. Elle était située dans l'épiploon, entre l'estomac et le côlon transverse.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un endothéliome, ou d'après la classification plus moderne d'un

mésothéliome. Les cellules que renferme la tumeur sont en général d'une structure semblable à celle des cellules épithéliales. Quelques-unes ont un protoplasma considérable et sont de forme arrondie, cuboïde, polygonale ou fusiforme suivant la situation et la pression. Elles montrent également une tendance à se disposer en colonnes encerclant les vaisseaux sanguins, dont elles paraissent tirer leur origine. Le stroma fibreux est très vasculaire, ressemblant à certaines formes d'angiosarcomes, ce qui, étant donnée la relation intime entre les cellules et le stroma, place cette tumeur avec celles du type tissu conjonctif, et ce type de cellules, leur disposition et l'organe intéressé en fait très probablement un endothéliome.

OBSERVATION XXVIII

(RODMAN. *An. of Surgery*, 1908.)

Jeune fille de 17 ans. Elle présentait une énorme tumeur abdominale pour laquelle plus d'un diagnostic avait été posé. L'opération montra qu'il s'agissait d'un volumineux kyste de l'épiploon, du poids de 60 livres. C'était un kyste uniloculaire, qui fut énucléé facilement, et dont l'ablation ne nécessita que la ligature d'un seul vaisseau. Son contenu était limpide comme de l'eau de roche. La guérison se fit sans incident.

OBSERVATION XXIX

(SEEFISCH. *Deutsche med. Woch.*, 1909.)

Enfant de 4 ans, entré à l'hôpital pour une tuméfaction considérable de l'abdomen, survenue progressivement, et dont le début remontait à plusieurs mois. L'état général du petit malade était assez précaire et il présentait un amaigrissement considérable du reste du corps. On fit le diagnostic d'ascite libre (la sonorité intestinale se déplaçant suivant la position), probablement due à une péritonite tuberculeuse.

A l'ouverture du ventre, on ne trouva aucun liquide dans le péritoine; il s'agissait d'un énorme kyste à paroi mince, situé dans le grand épiploon et développé en partie dans l'arrière-cavité des épiploons. Il était fixé par un mince pédicule de la grosseur d'un crayon, au côlon transverse près de l'angle splénique. Ce pédicule fut lié et le kyste extirpé facilement, bien qu'il se fut rompu au cours des manœuvres de libération. Il contenait de 2 à 3 litres de liquide hématique.

Le petit malade se remit rapidement de l'intervention qui, d'ailleurs, fut très-courte et dura à peine un quart d'heure.

A l'examen microscopique, le liquide du kyste contenait en suspension une grande quantité de globules rouges encore vivants. Des cristaux de cholestérine existaient en assez grand nombre.

La paroi ne présentait rien de particulier. Elle était constituée par du tissu conjonctif recouvert sur ses deux faces d'un endothélium. Il est probable qu'il s'agit là d'un kyste épithélial à point de départ péritonéal. Nulle part à la face interne du kyste, on ne trouvait de caillots ou de dépôts fibrineux.

Les observations que nous allons rapporter maintenant appartiennent plus spécialement à la variété extra-épiploïque des kystes du grand épiploon.

OBSERVATION XXX

(THORNTON. *Brit. med. Journ.*, 1882.)

Femme de 47 ans. A l'opération, la tumeur, du volume d'une noix de coco, avec un sac épais, était rattachée par un fort pédicule au grand épiploon. Elle était placée sous le bord droit du foie. C'était un sarcome kystique. Guérison.

OBSERVATION XXXI

(ORMSBY. *Med. Press and Circ.*, 1883.

Femme de 26 ans. Elle avait une grosse tumeur abdominale depuis six ans. La circonférence à l'ombilic était de 1 m. 35. L'opération révéla un kyste multiloculaire provenant du grand épiploon, et contenant un liquide si épais, qu'il ne voulait pas couler par le trocart.

OBSERVATION XXXII

(EDEBOHLS. *New-York Jour. Gyn. and Obs.*, 1893.

Femme de 37 ans. Elle s'était aperçue du développement de son abdomen huit mois auparavant. La tumeur présentait une paroi kystique distincte, laquelle était d'aspect gangréneux sur une surface considérable. C'était un kyste monoloculaire, qui contenait un liquide couleur chocolat. Il n'avait de connexion avec aucun organe, excepté le grand épiploon, au bord inférieur duquel il était rattaché par un solide pédicule.

OBSERVATION XXXIII

(KEEN. *An. of Surgery*, 1898.)

Homme de 48 ans. Quinze mois auparavant, environ, il avait remarqué, dans la portion inférieure droite de l'abdomen, une masse un peu plus grosse qu'un œuf. Elle augmenta peu à peu de volume, en dernier lieu avec assez de rapidité. Finalement, elle remplissait l'abdomen et provoquait des troubles respiratoires, ainsi que des envies fréquentes d'uriner. Jamais elle ne causa de douleur bien forte. Aucun symptôme gastrique ou intestinal, excepté de la constipation. Le malade avait perdu 30 livres. A l'opération, la ponction fit sortir environ 2 litres de liquide foncé, hémattique. Sur le côté droit, la tumeur était libre d'adhéren-

ces, excepté à l'épiploon et à l'estomac, qui était étendu en éventail sur toute sa surface. C'était un sarcome kystique. Le danger de ponctionner un tel kyste était bien évident, puisque s'il avait été ponctionné dans la partie supérieure, l'estomac, qui s'étendait au-devant de lui, aurait été perforé.

OBSERVATION XXXIV

(ROSE. *King's Col. Hosp. Rep.*, 1898.)

Femme adulte. Elle avait été opérée pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. Une quinzaine de jours environ après l'opération, elle se plaignit de douleurs dans les reins à droite. L'examen montra une tumeur occupant la région lombaire droite et s'étendant en haut sous les rebords costaux. On fit le diagnostic de tumeur du rein. A l'opération, on trouva un kyste multiloculaire rattaché à l'épiploon par des adhérences étroites. Guérison.

OBSERVATION XXXV

(MATHEWS. *Brit. med. Journ.*, 1903.)

Enfant de 8 ans, admis à l'hôpital en octobre 1904. Rougeole neuf mois auparavant. Peu après, il commença à se plaindre d'une vague douleur dans le ventre, principalement dans le côté gauche. Alors apparut une distension graduelle de l'abdomen, qui continua jusqu'à son admission. Dyspnée très forte, surtout dans les mouvements. La douleur se calma pendant que la distension augmenta. Pas de traumatisme antérieur. Rien de notable dans l'histoire de la famille.

Au moment de l'admission, l'état général était médiocre. Abdomen très volumineux, de forme générale globuleuse avec 67 centimètres de circonférence maxima, à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Veines superficielles dilatées. A la percussion matité absolue partout, excepté dans les flancs et à l'hypogastre, où le son était clair. Limites

de la matité non influencées par les variations de position. Sensation de flot très nette. L'urine contenait des traces d'albumine. L'examen des autres organes ne révéla rien de notable.

Première ponction en octobre, liquide brun rouge, alcalin, contenant des globules rouges, quelques leucocytes et des cellules endothéliales.

Nouvelle ponction en avril de l'année suivante. Liquide présentant les mêmes caractères. Quelques mois après, le malade se plaignit d'une violente douleur à l'épigastre. Il eut plusieurs accès de vomissements et la température monta rapidement à 38°5 et 39°5. Pendant les trois jours suivants la température resta élevée; les vomissements étaient fréquents et prirent un caractère bilieux. Il y avait de la constipation, mais non de l'obstruction, et l'enfant avait des crises douloureuses fréquentes dans l'abdomen, de siège variable, mais ordinairement très marquées dans le flanc gauche et au-dessous de l'ombilic. L'urine ne présentait pas d'albumine.

Opération. — Aussitôt le péritoine ouvert une paroi kystique lisse et de teinte un peu verdâtre apparut. Le kyste fut ponctionné, et l'on retira plus de 3 litres de liquide brun foncé. Les rapports du kyste furent alors reconnus. Il était placé entièrement au-devant des intestins, et était légèrement adhérent au péritoine pariétal sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, ainsi que dans le flanc droit. Ces adhérences furent séparées et l'on trouva que le kyste était attaché à un fort pédicule de l'épiploon s'élevant en haut vers le côlon transverse. Ce pédicule fut lié et le kyste enlevé entièrement de l'abdomen. Tous les viscères paraissaient sains, et le kyste n'était rattaché à aucun autre organe.

Après l'opération, la température retomba à la normale; les vomissements cessèrent. La guérison eut lieu rapidement.

L'examen du kyste montra qu'il se composait d'un gros sac avec une surface externe séreuse et lisse. La surface interne était inégale et montrait de nombreux épaississe-

ments. Un fragment de la paroi fut examiné par le Dr A. Bolam : d'après lui, il s'agissait de tissu lymphangioma-teux.

OBSERVATION XXXVI

(BIDWELL. *Brit. med. Journ.*, 1903.)

Homme de 62 ans. Bonne santé antérieure. Récemment, son abdomen a commencé à augmenter, et il était arrivé à un état de distension énorme. Il fut ponctionné, et l'on retira 18 litres de liquide teinté de sang. Dans la suite, on put sentir une masse dure. Diagnostic : affection maligne de l'épiploon. L'opération révéla une tumeur kystique, qui provenait de l'épiploon par un pédicule distinct. Elle contenait une masse dont l'examen ne fut pas fait. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

(HOLLEMANN. *Zentralbl. f. Gynrk.*, 1908.)

Femme de 19 ans. Depuis octobre 1902 elle avait, dans le côté gauche du ventre, des douleurs continuelles, qui peu à peu augmentèrent beaucoup. Santé générale bonne. Réglée régulièrement. Les douleurs existent depuis deux ans et demi environ. Elles augmentent de violence sans cause définie, indépendamment des règles. Dans les derniers mois elles sont continuelles.

Au côté gauche de l'utérus est une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, ferme, élastique, et très douloureuse. Cette douleur concorde avec celle que la malade ressent continuellement. Mobilité de la tumeur très limitée. Pas de connexion avec l'utérus. A côté d'elle on ne sent pas d'ovaire, en sorte que l'on croit avoir affaire à un kyste de l'ovaire inclus dans le bassin.

Opération. — Après fixation de la portion vaginale avec la pince de Museux, la paroi vaginale postérieure du col est

incisée transversalement, et le cul-de-sac de Douglas est ouvert aux ciseaux. Aussitôt apparaît une tumeur de couleur foncée. Elle est saisie avec une pince, et après déchirure de quelques adhérences très minces, elle est abaissée aussi loin que possible dans le vagin. Comme la tumeur est trop grosse pour être ainsi extraite, elle est incisée, et vidée de son contenu, liquide brunâtre, assez épais, avec des flocons isolés. Le sac se laisse alors attirer très facilement hors du vagin, même jusqu'au-devant de la vulve. Le pédicule se montre nettement comme formé par le seul épiploon. Il est lié et la tumeur peut être séparée. Je pus me convaincre que la tumeur n'avait eu aucune connexion avec l'ovaire gauche. De plus, il n'y avait nulle part sur le sac lui-même de signes de déchirures, à part les fines adhérences mentionnées plus haut.

L'épiploon fut reporté dans la cavité abdominale, et la paroi vaginale suturée. La réunion se fit par première intention. La convalescence eut lieu sans incident. Peu après la malade quittait l'hôpital, entièrement guérie.

La tumeur se compose d'un sac d'une épaisseur de 3 millimètres. Sa surface extérieure est entièrement lisse, à l'exception des adhérences isolées mentionnées plus haut. Le pédicule, d'un diamètre de $\frac{3}{4}$ de centimètre environ, se compose d'un tissu graisseux qui s'étend en forme d'éventail depuis son point d'insertion sur la paroi de la tumeur.

La surface interne montre des plis superficiels, provenant tous de l'insertion du pédicule. Entre les plis de couleur claire, se trouve une masse pâteuse, de couleur chocolat, assez adhérente.

L'examen microscopique ne fournit pas de renseignement bien important. La paroi se composait en grande partie d'un tissu conjonctif pauvre en cellules, entre lequel se trouvaient répartis des leucocytes clairsemés. En quelques endroits seulement, les cellules étaient un peu volumineuses et les noyaux se coloraient davantage par l'hématoxyline. Le contenu était formé par du sang anciennement épanché.

Nulle part, à la surface interne, il n'y avait trace d'épithélium.

Nous donnons enfin quelques indications sur les kystes dermoïdes du grand épiploon. Elles proviennent presque toutes de la thèse de Chancénotte : Kystes dermoïdes sous-péritonéaux (Paris, 1903).

OBSERVATION XXXVIII

(LEBERT. *Anatomie pathologique*, 1857.)

Ruysh trouva en 1734, d'après Lebert, dans l'épiploon d'une femme hydropique, une tumeur de la grosseur du poing renfermant de la graisse et des poils.

OBSERVATION XXXIX

(LEBERT. *Anatomie pathologique*, 1857.)

En 1792, Laflize rencontre dans l'épiploon d'une fille de 15 ans une poche qui contenait des cheveux et des dents.

OBSERVATION XL

(Thèse CHANCENOTTE.)

Highmor, autopsiant en 1818 un jeune homme de 16 ans, tombe sur une tumeur occupant l'épigastre, l'ombilie et l'hypocondre gauche, et qui renfermait des poils, un râchis, un intestin, deux membres supérieurs, un inférieur avec 6 orteils difformes, et un cordon ombilical près de l'insertion duquel se trouvait un gros vaisseau rompu.

OBSERVATION XLI

(TARUFFI. *Storia della Teratologia*, 1886.)

Chez une femme, cet auteur découvre un kyste dermoïde épiploïque, dans lequel il trouva une poignée de cheveux et une masse sébacée.

OBSERVATION XLII

(LIPSCHER. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1903.)

Cet auteur, faisant une laparotomie chez une femme de 45 ans, pour une rate mobile, trouva au lieu de l'affection précédente un kyste dermoïde. Il était rattaché au grand épiploon par un pédicule.

CONCLUSIONS

I. — Nous étudions sous le nom de kystes du grand épiploon des « formations kystiques non parasitaires intéressant primitivement et électivement le grand épiploon ».

II. — Ces kystes représentent une affection rare, mais non absolument exceptionnelle. Ils se rencontrent avec prédilection chez la femme, et assez souvent aussi chez l'enfant.

III. — A part quelques cas rares, dont l'origine est inflammatoire ou traumatique, la grande majorité des kystes de l'épiploon sont des néoplasmes, quelques-uns d'origine congénitale.

IV. — On peut en distinguer deux variétés : intra-épiploïque et extra-épiploïque. La première est de beaucoup la plus fréquente. Souvent unique, quelquefois et plus rarement multiples, ces kystes sont ordinairement très volumineux et de contenu hémorragique. Ils se développent soit au-dessus du côlon transverse, soit au-dessous de lui, soit enfin, plus exceptionnellement, dans tout l'épiploon. Ils peuvent occuper les régions les plus diverses de l'abdomen. Ils présentent souvent des adhérences à l'estomac, à la paroi abdominale antérieure, au côlon transverse.

Concidérés au point de vue histologique, ces kystes appartiennent principalement à la variété des sarcomes kystiques et à celle des endothéliomes.

V. — Les symptômes subjectifs sont souvent peu marqués et n'ont jamais, quand ils existent, qu'une signification banale.

Les symptômes objectifs n'ont rien non plus de caractéristique. Ce sont ceux d'une tumeur kystique située immédiatement en arrière de la paroi abdominale antérieure, dans toute son étendue, ordinairement indolore, mobile, mate à la percussion.

VI. — Aussi, la confusion est-elle fréquente avec les kystes de l'ovaire chez la femme, l'ascite chez l'enfant. Le diagnostic qui doit être fait non seulement avec ces deux affections, mais encore avec la plupart des tumeurs kystiques de l'abdomen, ne pourra être formulé avec exactitude que très exceptionnellement.

VII. — Les complications sont des plus rares. Le pronostic paraît bénin et la guérison après intervention chirurgicale est la règle.

VIII. — L'ablation est le procédé opératoire de choix; elle est presque toujours possible, généralement facile, et donne le plus souvent de fort beaux résultats.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 juillet 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY C. — Les tumeurs de l'épiploon (*Lyon médical*, 1889).
- AUPOIS R. — Des kystes hydatiques du grand épiploon (Th. Paris, 1902).
- BERGMANN. — *Saint-Peterburg Med. Wochenschrift*, 1897 (traduit in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1909, t. VI, p. 343).
- BICHON C. — Contribution à l'étude des kystes hématiques du grand épiploon (Th. Toulouse, 1896).
- BIDWELL. — *British Medical Journal*, 1905.
- BONAMY E. — Des sarcomes primitifs du grand épiploon (Th. Paris, 1907).
- BOYD. — *Clinical Journal*, London, 1903.
- BRAITHWAITE. — *Lancet*, London, 1898.
- BRANDT. — *Zentralblatt für Gynaekologie*, 1894.
- CAMUS V. — Etude des néoplasies primitives du grand épiploon (Th. Paris, 1892).
- CHANCENOTTE R. — Kystes dermoïdes sous-péritonéaux (Th. Paris, 1903).
- COTMAN. — *British Medical Journal*, 1902.
- DORAN A. — Trans. obstetrical Society, London, 1882.
- DUJARIER C. — *Journal de chirurgie*, 1909, t. III, p. 676.
- DUPRÉ et RIBIERRE. — *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, 1909. Volume : Maladies du péritoine.
- EDEBOHLS. — *New-York Journal Gynaec. and Obst.*, 1893.

- ERDHEIM. — *Wiener Klinische Rundschau*, 1896.
- FORT. — Cysts of the omentum (*Annals of Surgery*, 1907).
- GAIRDNER. — Trans. Pathological Society, London, 1852.
- GOODING. — *Lancet*, London, 1887.
- HASBROUCK. — Enormous endotheliomatous cyst of the great omentum (*Annals of Surgery*, 1908).
- HEARN. — *Annals of Surgery*, 1897.
- HOLLEMANN. — *Zentralblatt für Gynaekologie*, 1908.
- JACOBI. — *Trans. Am. Physicians*, 1901 .
- JESSETT. — *British Gyneac. Journal*, 1896.
- KEEN. — *Annals of Surgery*, 1898.
- LANCE et LEGÈNE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1903.
- LAVOCAT. — Etude clinique des tumeurs malignes du grand épiploon (Th. Paris, 1892).
- LEBERT. — *Anatomie pathologique*, 1857.
- LITCHKOUS. — Tumeurs malignes du grand épiploon (*Rousski Vrach*, 1907. Traduit in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1909).
- MARFAN. — *Presse médical*, 1896.
- MARSH and MONSARRAT. — *British Medical Journal*, 1905.
- MATHEWS. — *British Medical Journal*, 1905.
- ORMSBY. — *Medical Press and Circular*, 1883.
- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1880, t. I.
- ROSE. — *King's College Hosp. Rep.*, 1898.
- RODMAN. — *Annals of Surgery*, 1908 (Traduit in *Revue de chirurgie*, 1909).

- ROUILLER E. — Essai sur les kystes hématiques du péritoine
(Th. Paris, 1885).
- SCHRAMM. — Ein Fall von cystischer degeneration des Netzes
(*Zentralblatt für Chirurgie*, 1903).
- SEEFISCH. — *Deutsche Med. Woch.* (Traduit in *Journal de chirurgie*, 1909, t. III).
- SEGOND. — Société de chirurgie de Paris, 1893.
- SIMON E. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, t. III.
- SPENCER WELLS. — *British Medical Journal*, 1890.
- TABLOT. — *Medical Record*, 1881.
- TARUFFI. — *Storia della Teratologia*.
- THORNTON. — *British Medical Journal*, 1882.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*, 1891, t. II.
- WAGENER. — *Nedcr. Tijdschrift v. Geneesk*, 1892.
- YOUNG. — *Lancet*, London, 1905.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	3
INTRODUCTION	5
DÉFINITION.	6
CHAPITRE I	8
CHAPITRE II	12
CHAPITRE III	16
CHAPITRE IV.	25
CHAPITRE V	31
CHAPITRE VI.	33
CHAPITRE VII	35
CHAPITRE VIII.	41
OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS.	89
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	91

